



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía y
Atención Sociosanitaria a la Dependencia
(código: 03064 Atenció Socio-sanitària a la Dependència)

Tesis Doctoral

Variables predictoras de la satisfacción con la vida en personas mayores que
participan en programas formales de aprendizaje

Presentada por:

Francisco Javier Sánchez Sánchez

Dirigida por:

Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernández

Dr. D. José Manuel Tomás Miguel

Mayo de 2017

Universidad de Valencia

DEDICATORIA

A mi familia,

A mi madre, por todo. Por enseñarme el valor del esfuerzo, de la honradez, del sacrificio, del trabajo bien hecho y de la gratificación aplazada. Por todo.

A María José, mi compañera de viaje, por estar siempre que la he necesitado. Por estar siempre.

A Iris y a Luna. Con vosotras los días son más cortos, las noches más claras y un mundo mejor es posible.

A mi hermana, que abrió el camino y me dio paso libre.

*No te rindas, aún estás a tiempo
de alcanzar y comenzar de nuevo,
aceptar tus sombras,
enterrar tus miedos,
liberar el lastre,
retomar el vuelo.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Sacramento Pinazo Hernández, mi directora de tesis, todo el tiempo, dedicación, paciencia, colaboración y apoyo que me ha prestado desde que nos conocemos. Gracias por tender puentes y ayudar a cruzarlos. Sin ti, no habría sido posible.

A mi director de tesis, José Manuel Tomás Miguel, pura eficiencia.

Al equipo *Sacra's Angels*. Vuestra ayuda e inspiración ha sido clave en un momento u otro.

A mis amigas y amigos, por vuestra compañía, por vuestro apoyo.

A mi familia.

*Me gusta la gente que vibra, que no hay que empujarla,
que no hay que decirle que haga las cosas,
sino que sabe lo que hay que hacer y que lo hace.*

La gente que cultiva sus sueños hasta que esos sueños se apoderan de su propia realidad.

(M. Benedetti)

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo conocer la relación entre diferentes variables demográficas y el bienestar y satisfacción con la vida, y evaluar la capacidad predictora de la satisfacción con la vida en una muestra de personas mayores que participan en el Programa Universitario para Personas Mayores de la Universidad de Valencia.

La OMS define envejecimiento activo y sano como el proceso de optimizar oportunidades para la salud y la participación. El modelo de envejecimiento exitoso propone el compromiso activo con la vida, a través del mantenimiento de relaciones interpersonales y de las actividades productivas. El aprendizaje en la vejez tiene un impacto positivo en el envejecimiento. Un aspecto fundamental de la vida de las personas es la relación que mantienen con otras personas.

Se realizó un estudio transversal a una muestra de 598 alumnos del programa Unimajors, con edades entre 50 y 80 años ($M=63.46$, $DT=6.18$), con un cuestionario que recogía información sociodemográfica, de salud, y de variables psicológicas: bienestar, apoyo, soledad, depresión y satisfacción con la vida. Se validó para esta muestra el cuestionario LSNS-R que mide red social. Se analizó las variables con contraste multivariados MANOVA y ANOVA.

Los resultados mostraron que las escalas utilizadas cumplían los criterios generales de consistencia y validez.

Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales que mostró un ajuste aceptable entre los datos y el modelo inicial.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento con éxito, Lifelong Learning, Modelo de ecuaciones estructurales, Programa Universitario de Mayores.

CITAR COMO:

Sanchez-Sanchez, F. J. (2017). *Variables predictoras de la satisfacción con la vida en personas mayores que participan en programas formales de aprendizaje (Tesis doctoral)*. Universidad de Valencia. Valencia, España.

ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

α índice de consistencia interna de Cronbach

CFA, Confirmatory Factor Analysis; Análisis Factorial Confirmatorio

CFI, Comparative Fit Index; Índice Comparativo de Ajuste. Analiza el ajuste del modelo comparando la discrepancia entre los datos y el modelo hipotetizado.

DT: Desviación Típica. Medida de la dispersión de una variable en relación con la Media

F Ratio F de Fisher: Relación entre dos varianzas

gl Grados de libertad

M Media

N Tamaño total de la muestra

n.s. no significativo

p Probabilidad asociada con la ocurrencia bajo la hipótesis nula de un valor tan extremo o más que el valor observado.

r Correlación producto-momento de Pearson.

r_s Rho de Spearman.

t Valor calculado de la prueba t , que compara las medias de dos grupos

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	v
Resumen	vii
Abreviaturas y Símbolos	ix
Tabla de Contenidos	xi
Lista de tablas	xv
Lista de figuras.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	21
MARCO TEÓRICO.....	29
1 Indicadores sociodemográficos de la población mayor	29
1.1 Envejecer en España en el siglo XXI	30
1.2 Actividades cotidianas y uso del tiempo.....	33
2 Satisfacción con la vida y Bienestar	37
3 Envejecimiento exitoso y activo.....	55
3.1. Envejecimiento exitoso	57
3.2. Envejecimiento activo.....	79
4 Lifelong Learning	87
4.1. Lifelong Learning Programmes (LLL)	90
4.2. Los Programas Universitarios para Mayores (PUM).....	93
5 El Apoyo Social	105
5.1. Apoyo social.....	108
5.2. Soledad	114
5.3. Modelos teóricos de estudio del apoyo social	121
5.3.1. Modelo del Convoy de Apoyo Social.....	121
5.3.2. Teoría de la Selectividad Socioemocional.....	127
5.4. Instrumentos de evaluación del Apoyo Social y la Soledad	137
METODOLOGÍA	159
6 Justificación, Objetivos e Hipótesis.....	159
6.1 Justificación del estudio	159

6.2	Objetivos e Hipótesis	160
	OG-Objetivo general.....	160
6.2.1	OE1-Objetivo específico 1	160
6.2.2	OE2- Objetivo específico 2	160
6.2.3	OE3- Objetivo específico 3	161
6.2.4	OE4- Objetivo específico 4	161
	H-Hipótesis.....	161
6.2.5	H1- Hipótesis 1	161
6.2.6	H2- Hipótesis 2	161
6.2.7	H3- Hipótesis 3	161
6.2.8	H4- Hipótesis 4	162
6.2.9	H5- Hipótesis 5	162
7	Método.....	163
7.1	Muestra y Procedimiento	163
7.1.1	Estudio transversal.....	164
7.1.2	Cuestionario.....	165
7.2	Instrumentos de medida	166
7.2.1	Variables sociodemográficas.....	167
7.2.2	DJGLS-Soledad.....	168
7.2.3	DUFSS-Apoyo Social	170
7.2.4	SF-8-Salud Percibida	172
7.2.5	TSLS-Satisfacción con la vida	173
7.2.6	PWBS-Bienestar Psicológico	174
7.2.7	PSCS-Autocuidado.....	176
7.2.8	LSNS-R Red Social	178
7.2.9	CESD-7 Depresión.....	181
7.3	Análisis estadísticos	182
8	Resultados.....	185
8.1	Análisis Descriptivos de las características sociodemográficas y de la red social	186
8.2	Propiedades psicométricas de los cuestionarios de red social y apoyo social.....	192
8.3.1	AFC de la escala LSNS-R.....	193
8.3.2	AFC del Modelo de la escala DUFSS.....	196
8.3.3	Fiabilidad de las escalas.....	198

8.3	Relaciones entre los recursos sociales y las características sociodemográficas	205
8.3.1	Edad y su relación con los recursos sociales.....	205
8.3.2	Hijos y su relación con los recursos sociales.....	206
8.3.3	Nietos y su relación con los recursos sociales.....	208
8.3.4	Ascendientes: padres vivos y su relación con los recursos sociales.....	209
8.4	Análisis Diferencial de los Recursos Sociales en función del Sexo.....	211
8.4.1	Análisis descriptivos de las variables del estudio: Sexo.....	211
8.4.2	Contrastes Multivariados.....	212
8.4.3	Pruebas de los efectos inter-sujetos.....	212
8.5	Análisis diferencial de los recursos sociales en función del estado civil	214
8.5.1	Descriptivos de las variables del estudio: estado civil.....	215
8.5.2	Contrastes Multivariados.....	215
8.5.3	Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas.....	216
8.5.4	Pruebas de los efectos inter-sujetos.....	216
8.5.5	Pruebas post hoc.....	217
8.6	Análisis diferencial de los recursos sociales en función de la situación laboral	219
8.6.1	Descriptivos de las variables del estudio.....	219
8.6.2	Contrastes Multivariados.....	220
8.6.3	Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas.....	220
8.6.4	Pruebas de los efectos inter-sujetos.....	221
8.7	Relaciones entre los recursos sociales y las variables del modelo.....	223
8.7.1	Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Autocuidado.....	223
8.7.2	Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Salud Percibida.....	224
8.7.3	Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Soledad.....	225
8.7.4	Red Social, Apoyo Social y Satisfacción con la Vida Presente.....	227
8.7.5	Red Social, Apoyo Social y Depresión.....	227
8.7.6	Red Social, Apoyo Social y Bienestar.....	228
8.7.7	Depresión, Soledad, Satisfacción con la Vida Presente y Bienestar.....	232
8.8	Modelo Estructural Integrador.....	237
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		245
9	Discusión y Conclusiones.....	245
9.1	Discusión de resultados.....	245
9.1.1	Características sociodemográficas de la muestra.....	248

9.1.2	Relaciones entre los recursos sociales y las características sociodemográficas.	248
9.1.3	Características de la red social, satisfacción vital e indicadores de salud.	250
6.2.1	Validación del LSNS-R	253
6.2.2	Modelo estructural.....	253
9.2	Conclusiones	254
9.3	Limitaciones y líneas de futuro.....	260
Referencias		267
Anexo		302
Cuestionario “BIENESTAR EN PERSONAS ADULTAS”		302

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Índices sintéticos de evaluación del envejecimiento activo	82
Tabla 2 Medidas de calidad de vida más utilizadas en la evaluación del envejecimiento activo.....	85
Tabla 3 Indicadores objetivos para medir el envejecimiento activo	86
Tabla 4 Cuadro resumen de los instrumentos utilizados para medir la soledad y apoyo social.....	154
Tabla 5 Esquema de Objetivos, Hipótesis y Análisis del estudio	162
Tabla 6 Resumen de casos: Edad y Sexo	164
Tabla 7 Versiones del LSNS.....	180
Tabla 8 Valores de N para variables demográficas.....	186
Tabla 9 Edad: frecuencias según rangos de edad.....	188
Tabla 10 Sexo: frecuencias y proporción.....	188
Tabla 11 Estado civil: casados vs resto.....	189
Tabla 12 Estado civil: frecuencias y porcentaje	189
Tabla 13 Hijos: frecuencia y porcentaje de número de hijos.....	190
Tabla 14 Nietos: número y frecuencia	191
Tabla 15 Ascendientes: padres vivos	191
Tabla 16 Situación laboral	192
Tabla 17 DUFSS: Estadísticos de los elementos	198
Tabla 18 DUFSS: Estadísticas de total de elemento	199
Tabla 19 DUFSS: Matriz de correlaciones entre elementos	199
Tabla 20 Apoyo Social Confidencial: Estadísticos de los elementos.....	200
Tabla 21 Apoyo Social Confidencial: Correlaciones inter-elementos	200
Tabla 22 Apoyo Social Confidencial: Estadísticos Total-Elemento	201
Tabla 23 Apoyo Social Afectivo: Estadísticos de los Elementos	202
Tabla 24 Apoyo Social Afectivo: Correlaciones inter-elementos.....	202
Tabla 25 Apoyo Social Afectivo: Estadísticos Total-Elemento.....	202
Tabla 26 LSNS-R Red Social: Estadísticos de los Elementos	203
Tabla 27 LSNS-R Matriz de correlaciones entre elementos	204
Tabla 28 LSNS-R Red Social: Estadísticos total-elemento.....	204
Tabla 29 Relaciones entre Recursos Sociales y Edad (Pearson).....	205
Tabla 30 Relaciones entre Recursos Sociales y Edad (Spearman)	206
Tabla 31 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Hijos (Pearson)	207

Tabla 32 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Hijos (Spearman).....	207
Tabla 33 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Nietos (Pearson)	208
Tabla 34 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Nietos (Spearman).....	209
Tabla 35 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Padres Vivos (Pearson)	209
Tabla 36 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Padres Vivos (Spearman).....	210
Tabla 37 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (Sexo)	211
Tabla 38 Contrastes multivariados (Sexo) ^a	212
Tabla 39 Pruebas de los efectos inter-sujetos (Sexo).....	213
Tabla 40 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (Estado Civil).....	215
Tabla 41 Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error ^a (Estado Civil)	216
Tabla 42 Pruebas de los efectos inter-sujetos (Estado Civil)	217
Tabla 43 Comparaciones múltiples (Estado Civil)	218
Tabla 44 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (Situación Laboral).....	219
Tabla 45 Contrastes multivariados ^a (Situación Laboral)	220
Tabla 46 Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error ^a (Situación Laboral)	220
Tabla 47 Pruebas de los efectos inter-sujetos (Situación Laboral).....	222
Tabla 48 Correlaciones entre Red social, Apoyo social y Autocuidado.....	223
Tabla 49 Correlaciones entre Red social, Apoyo social y Salud Percibida	225
Tabla 50 Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Soledad	225
Tabla 51 Correlaciones de Pearson entre Red Social, Apoyo Social y Satisfacción con la Vida.....	227
Tabla 52 Red Social, Apoyo Social y Depresión.....	228
Tabla 53 Correlaciones entre Red social, Apoyo social, Depresión, Satisfacción con la Vida y Bienestar	231
Tabla 54 Correlaciones de Pearson entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Edad.....	236
Tabla 55 Correlaciones entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Autocuidado.....	236
Tabla 56 Correlaciones entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Salud Percibida	236
Tabla 57 Correlaciones entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Soledad	236
<i>Tabla 58 Saturaciones factoriales para los factores del modelo</i>	<i>240</i>
Tabla 59 Resumen de Objetivos, Hipótesis, Análisis y Resultados.....	246
Tabla 60 Saturaciones factoriales de dos modelos de bienestar.....	254

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Kahn (Fuente: Rowe y Kahn, 1997).	61
Figura 2 Modelo Proactivo de Envejecimiento con Éxito.....	73
Figura 3 Componentes clave del Modelo Proactivo de Envejecimiento Exitoso	74
Figura 5 Índice de Envejecimiento Activo (UNECE, 2012)	84
Figura 5 GlobalAge Watch Index (HelpAge International, 2014)	84
Figura 6 Distribución de frecuencias de edad de la muestra	164
Figura 8 Estimadores estandarizados del modelo factorial para la escala LSNS-R.	195
Figura 9 Estimadores estandarizados del modelo factorial para la escala DUFSS.	197
Figura 10 Modelo estructural.	239

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como objetivo evaluar la capacidad predictora de la satisfacción con la vida en una muestra de participantes en un programa universitario para personas mayores.

La presente tesis doctoral se enmarca en el proyecto I+D+i LOL, PSI2014-53280R. Con esta investigación pretendemos demostrar que los Programas de Aprendizaje a lo largo de la Vida (*Lifelong Learning Programs*) proporcionan oportunidades y apoyo para estimular a este colectivo de personas a comenzar a participar o continuar participando en las actividades culturales producidas en el entorno en el que viven y aspiramos a probar que el perfil de los alumnos universitarios mayores es el adecuado para empezar a pensar que estos Programas son un camino desde el que se puede aportar soluciones.

El aprendizaje en la vejez tiene un impacto positivo en el envejecimiento (Tam, 2013). Los programas universitarios para mayores, además de favorecer el aprendizaje a lo largo del ciclo vital, mejoran la integración sociocultural y el bienestar. La UE a través de *The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (EIP on AHA) definió operativamente el envejecimiento activo (Bousquet et al., 2015) y destacó la importancia de la educación y la alfabetización en la salud, la esperanza de vida y los años de vida sin discapacidad.

Las personas mayores y muy mayores pueden obtener beneficios intelectuales, sociales y psicológicos de los programas universitarios de formación para mayores o *Third Age University Programs* (3AUP) (Vilaplana Prieto, 2010), llamados en España Programas Universitarios para Personas Mayores (PUM), pero esos programas deben considerar las necesidades específicas de esta población.

El bienestar subjetivo comprende una serie de variables que incluyen las respuestas emocionales de las personas -afectos positivo y negativo, diferentes dominios de satisfacción –trabajo, familia, tiempo libre, economía, identidad- y la valoración global de satisfacción con la vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). La necesidad de medir el bienestar subjetivo ha promovido el desarrollo de escalas que miden la satisfacción con la vida (Diener, Inglehart, & Tay, 2013) y muchas investigaciones en diferentes grupos de edad.

Al hablar de buen envejecer, han ido surgiendo diferentes conceptos, teorías y modelos: desde la teoría de la actividad hasta los modelos de envejecimiento activo, envejecimiento exitoso o positivo, por citar los que más producción científica han realizado. La OMS define envejecimiento activo y sano (AHA, Active and Healthy Ageing) como el proceso de optimizar oportunidades para la salud, la participación y la seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, facilitando la realización de su potencial mental y social a través

de la participación, entre otros, en temas sociales y culturales (World Health Organization, 2015a).

El modelo de envejecimiento exitoso (SA, Successful Ageing) propone tres componentes: baja probabilidad de enfermedad o discapacidad, alta capacidad cognitiva y física funcional y compromiso activo con la vida (Rowe & Kahn, 1997). El compromiso con la vida, a su vez, se compone de dos elementos: mantenimiento de relaciones interpersonales y de las actividades productivas. Estas actividades productivas se relacionan con la generatividad eriksoniana (Villar & Celdrán, 2012).

Desde la perspectiva de envejecimiento positivo hay cuatro aspectos que son tanto origen como resultado del “diamante del ciclo vital” (Life-Span Diamond): los recursos relacionales, el bienestar físico, los estados mentales positivos, y la participación en actividades tanto físicas como mentales (Gergen & Gergen, 2001).

Un aspecto fundamental de la vida de las personas es la relación que mantienen con otras personas. A medida que nos hacemos mayores cambian las relaciones y algunas figuras sociales (pareja, hijos, nietos, amigos, etc.) tienen un papel específico en la vida de las personas mayores.

Al hablar de cambios en la actividad y las relaciones sociales durante el proceso de envejecimiento nos encontramos con dos teorías que han servido de referencia durante el último medio siglo: la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad.

El punto de partida de ambas es el mismo: algunos de los cambios asociados a la vejez, algunas de sus tareas evolutivas y roles característicos parecen implicar una progresiva reducción de la actividad social como consecuencia de las pérdidas.

El concepto de apoyo social abarca, por una parte, las características estructurales de la red social, y, por otra parte, los aspectos funcionales de las relaciones entre los miembros de la red. Desde la perspectiva estructural se distingue entre apoyo social formal y apoyo social informal. Esta distinción es importante para comprender las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar psicosocial de las personas, así como de la forma en que interactúan.

El apoyo social informal son los cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades necesarias para la vida independiente y que no son dispensados por profesionales dependientes de los servicios socio sanitarios organizados. Son los cuidados que prestan familiares, amigos y vecinos. El apoyo social informal está asociado con un bajo riesgo de mortalidad y morbilidad. Las redes sociales refuerzan los sentimientos de pertenencia y reducen el aislamiento. También hay evidencia de relación entre apoyo social y salud física.

En esta tesis doctoral hemos querido conocer la relación entre diferentes variables demográficas y el bienestar y satisfacción con la vida

en una muestra de personas mayores que acuden al Programa Universitario para Personas Mayores de la Universidad de Valencia en diferentes comarcas de la provincia de Valencia. A lo largo de las siguientes páginas realizaremos una aproximación teórica a los diferentes conceptos que después se analizan estadísticamente. Los distintos análisis (ANOVA, MANOVA, análisis correlacionales, SEM o modelos de ecuaciones estructurales) nos ayudarán a conocer mejor las variables implicadas en el buen envejecer para la muestra seleccionada de envejecientes activos. No existe ningún estudio previo en la Comunidad Valenciana sobre el envejecimiento activo y su relación con el aprendizaje a lo largo de la vida y menos con una muestra grande que permite realizar análisis potentes. Conocer cuáles son estas variables puede ayudar a realizar programas específicos que ayuden a las personas a envejecer del mejor modo posible. Comenzaremos con algunos indicadores sociodemográficos que ayudarán a ubicar la muestra objeto de estudio. Como veremos a lo largo de la tesis doctoral, nos situamos en una visión positiva del envejecimiento a nivel individual y social. Continuaremos hablando del bienestar y la satisfacción con la vida. Todos tenemos la necesidad psicológica de que nuestra vida tenga un sentido y un propósito; la sensación de que nuestra vida es algo más que la suma de sus partes mejora nuestro nivel de bienestar y felicidad. Saber qué cosas dan propósito y sentido a nuestra vida puede ayudarnos a mantener o mejorar nuestro bienestar durante la vejez. Ser capaces de valorar y fijar nuestro propio rumbo es vital para nuestra salud psicológica. Solemos encontrar

sentido a nuestra vida a través de dos vías: las actividades con propósito y las experiencias valiosas. Las primeras están orientadas al futuro ya que nos proponemos una meta que queremos conseguir. Las segundas incluyen amistades, relaciones familiares, y el disfrute por las actividades realizadas. Hablaremos del marco en el que se encuentran las personas encuestadas para esta tesis doctoral, los Programas Universitarios para Mayores y el papel del aprendizaje a lo largo de la vida para finalizar subrayando el importante papel que tiene el apoyo social a lo largo de la vida.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

1 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN MAYOR

El envejecimiento de las poblaciones es un éxito, pero también supone un reto. Este es el título de un informe de la ONU publicado en 2012 (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2012).

El cambio en la estructura por edades que nuestra población ha vivido en las últimas décadas, debe ser considerado un éxito social. En los últimos años ha habido multitud de mejoras sociales, científicas y tecnológicas que permiten a las personas vivir y envejecer mejor. El envejecimiento no debe ser visto como un problema sobre el que actuar, sino como un avance social sin precedentes, con el que podemos aliarnos para obtener ventajas (Pérez, Abellán, y Ramiro, 2012). Dicho de otro modo, “todo apunta a una nueva vejez no sólo abundante, sino revolucionaria en sus capacidades de apoyar a sus ascendientes y descendientes, a sus propias parejas y coetáneos, a las sociedades de las que forman parte” (Perez, 2016, p.51). El envejecimiento demográfico es,

en esencia, un cambio en la estructura por edades de una población (Pérez, 2005).

Esta tesis doctoral se inscribe en una concepción positiva y esperanzada del fenómeno *envejecimiento demográfico*. La estructura por edades es uno de los indicadores más descriptivos, en cuanto a información del pasado, presente y futuro, que la demografía puede proporcionarnos sobre una población (Lardiés-Bosque, 2011). Los cambios producidos en nuestra pirámide poblacional se explican atendiendo, principalmente, a dos factores que tienen su origen en nuestro pasado y continúan vigentes en el presente: el descenso de la mortalidad – especialmente la infantil y la causada por enfermedades y accidentes- y el descenso de la fecundidad (López Doblás, 2005).

1.1 ENVEJECER EN ESPAÑA EN EL SIGLO XXI

El cambio en la estructura por edades de nuestra población, es resultado de una serie de cambios relacionados, principalmente, con la mejora de las condiciones de salud (universalización de la atención sanitaria), con factores económicos (estilos de vida y consumo asociados a una sociedad más rica y estable), y relacionados con factores sociales (extensión de los Servicios Sociales universales y atención a la dependencia) que han favorecido que la esperanza de vida aumente de manera considerable (Rodríguez, Rodríguez, Castejón, & Morán, 2013), como se observará más adelante.

Tal como describe López Doblas (2005), cada vez más personas logran convertirse en octogenarias, nonagenarias y centenarias, puesto que la muerte de adultos, de niños y jóvenes por enfermedades es cada vez menor.

Por otra parte, el marcado recorte de la fecundidad, también nos explica la transformación de la pirámide poblacional, puesto que la reducción del número de niños en la población total, ha introducido un aumento en el peso relativo de las personas mayores (López Doblas, 2005).

En 2016, y según los datos del perfil de las personas mayores en España (Abellán García, Ayala García, & Pujol Rodríguez, 2017) había 8.657.705 personas mayores de 65 años, lo que representa un 18,4% del total de la población (46.557.008). El grupo de octogenarios representa el 6,0% de la población, y sigue ganando peso entre la población mayor. Para el año 2066, según proyecciones del INE, habrá más de 14 millones de personas mayores en España, 34,6% del total de la población que, dado el declive de la población total de España, alcanzará los 41.068.643 habitantes (aproximadamente 5,5 millones menos que en la actualidad). Los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística, 2016b) muestran un 32,9% más de mujeres que de hombres en España. En cifras absolutas, 4.940.008 mujeres y 3.717.697 hombres, y estas diferencias son más grandes conforme aumenta la edad.

Centrándonos en la Comunidad Valenciana, el 18,5% de la población son personas mayores de 65 años (Abellán García, Ayala García,

et al., 2017); esto supone que, de los 4.959.968 habitantes de la Comunidad Valenciana, 918.061 son personas mayores de 65 años. En el año 2031, se estima que la Comunidad Valenciana tendrá una población de 4.817.915, de las cuales 1.254.948 serán mayores de 65 años, por tanto, las proyecciones de población nos indican que, cuando terminen la educación secundaria los alumnos que han comenzado este año la infantil, una de cada cuatro personas (26,04%) en la Comunidad Valenciana será mayor de 65 años (Instituto Nacional de Estadística, 2016a).

La esperanza de vida al nacer también ha aumentado y en España se ha situado, en el año 2015, en 82,7 años (85,4 mujeres y de 79,9 hombres). En cuanto a la esperanza de vida a los 65 años, se ha situado en 20,8 años (22,7 mujeres, 18,8 hombres). La esperanza de vida a los 75 años es de 13 años, siendo 14,1 años para mujeres y 11,6 años para los hombres (Abellán García, Ayala García, et al., 2017).

En cuanto a la forma de convivencia, la forma más común en las personas de 65 o más años es vivir en pareja sin hijos en el hogar (45,0%), seguida de solas (22,4%) y en pareja con hijos (15,4%) (INE, 2015). La forma de convivencia mayoritaria para los hombres de 65 y más años es vivir solo con la pareja (sin hijos ni otros convivientes), mientras que en el caso de las mujeres y conforme avanza su edad, la probabilidad de vivir solas es mayor.

En cuanto al estado civil de la población de 65 y más años en los datos de 2015, el porcentaje de hombres casados supera al de las mujeres

casadas en todos los grupos de edad, y supera el resto de estados civiles de los hombres (solteros, viudos y separados/divorciados). En las mujeres de más de 75 años predomina la situación de viudedad.

Con respecto al nivel de formación, cuanto más elevada es la edad, más bajo es el nivel educativo alcanzado. Esto se explica por las condiciones de vida que no permitieron entrar y/o continuar en el sistema educativo a muchas de las personas que hoy se encuentran en la etapa de la vejez, sobre todo en los más longevos que vivieron la Guerra Civil española (Abellán García, Ayala García, et al., 2017). En los mayores de 70 años tan solo el 7.5% terminaron su educación superior (Rodríguez Cabrero, Rodríguez Rodríguez, Castejón Villarejo, & Morán Aláez, 2013) frente al 19.5% los que tienen de 50 a 69 años. Un 8.7% de las personas mayores de 70 años son analfabetas y un 31.8% no terminaron sus estudios primarios.

1.2 ACTIVIDADES COTIDIANAS Y USO DEL TIEMPO

A lo largo de las últimas dos décadas, se ha observado un cambio notable en la ocupación del tiempo libre de las personas mayores. Los cambios más característicos en el uso del tiempo se han producido en dos dimensiones: por un lado, las actividades de ocio son protagonistas del tiempo social, junto al tiempo dedicado a la familia, siendo las actividades de formación las que han ganado un interés creciente; por otro lado, la progresiva tendencia a elegir las actividades de ocio de manera cada vez más autónoma, en función de los intereses individuales, en detrimento de

las actividades en grupo, conforme han ido entrando en la jubilación generaciones con mayor nivel de formación e ingresos (Rodríguez et al., 2013).

Atendiendo a los datos de la investigación que realizó la Fundación Pilares para la Autonomía Personal (Rodríguez et al., 2013), los fines que buscan alcanzar las personas mayores que participan en actividades de ocio y tiempo libre son, por este orden: mantenerse sano, seguir sintiéndose útiles, relajarse y entretenerse y aprender o mejorar personalmente. Otras razones que aducen son: conocer gente, hacer voluntariado o ayudar a gente que lo necesite.

La Encuesta de Condiciones de Vida (Instituto Nacional de Estadística, 2013), recoge la valoración subjetiva sobre diferentes aspectos que componen la calidad de vida, siendo la satisfacción con el tiempo disponible una de las cuestiones más valoradas por las personas mayores de 65 años con una puntuación media de 7,5 (sobre un máximo de 10) y con un 73% de este grupo puntuando entre 7 y 10; siendo la mayor puntuación de todos los grupos de edad en este aspecto. Respecto a la satisfacción con las relaciones personales, los mayores de 65 años puntúan con un 7,8 de media, igual para hombres que para mujeres, estando en la media de la población.

Comparado con otros grupos de edad, las personas de 65 y más años son, en general, las que se consideran más satisfechas con el tiempo del que disponen para hacer lo que les gusta. Y si diferenciamos por

género, algunos estudios indican que ambos sexos se involucran de manera similar, aunque en diferentes actividades: las mujeres realizan actividades que implican participación social (actividades relacionadas con la Iglesia, prestar ayuda a personas necesitadas, voluntariado, ...) mientras que los hombres realizan actividades más individualistas como cuidar un huerto o jardín, hacer deporte o aprender a utilizar el ordenador (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

Algunos autores han relacionado factores de personalidad como la extraversión y el neuroticismo con el bienestar psicológico y subjetivo. (Diener & Seligman, 2002; Lucas & Fujita, 2000), hallaron que las personas más felices puntuaban alto en extraversión y amabilidad y afecto positivo y bajo en neuroticismo. Para Schmutte y Ryff (1997) puntuar alto en extraversión y responsabilidad y bajo en neuroticismo se asociaba con puntuaciones altas en autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas y propósito en la vida.

Existen evidencias de que el bienestar subjetivo y psicológico están relacionados con la participación en actividades (Mishra, 1992). Así, satisfacción con la vida y realización de actividades de la vida diaria y actividades de ocio se relacionan significativamente (Nilsson, Bernspång, Fisher, Gustafson, & Löfgren, 2007), sin embargo, es la realización de actividades vinculadas al ocio lo que parece influir más en la satisfacción vital (Broughton & Beggs, 2007) y sobre todo aquellas en las que uno hace algo por los demás. La participación en actividades de voluntariado se

relaciona con un mayor propósito en la vida (Greenfield & Marks, 2004). También en el caso de actividades que conllevan la colaboración con otras personas: tienen un mayor efecto sobre la salud y el bienestar psicológico y subjetivo ya que disminuyen la soledad (Lampinen, Heikkinen, Kauppinen, & Heikkinen, 2006).

Estudiar y analizar el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida y su relación con las actividades de ocio en personas que se encuentran en la edad de jubilación es importante para conocer el tipo de actividades (formativas, recreativas, vinculadas con el ejercicio físico, etc.), el tipo de participación más destacada y así potenciar aquellas actividades que más incrementen el bienestar. Al bienestar y a la satisfacción con la vida dedicaremos el siguiente capítulo de esta tesis doctoral.

2 SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y BIENESTAR

Calidad de vida, vida buena, florecimiento, felicidad, estar bien, vivir bien...conceptos cercanos relacionados todos ellos con el propósito de vida y la autorealización personal. La posibilidad de vivir una vida conforme a un fin último, permite considerarla como una vida con sentido, alcanzar el *ikigai* del que hablan los japoneses (término compuesto por dos palabras: *iki*, que se refiere a la vida y *kai*, que significa la realización de lo que uno espera y desea). El *ikigai* es una razón para levantarse por la mañana.

El bienestar subjetivo se refiere a una orientación positiva hacia la vida, y se basa en sentimientos como la felicidad y la satisfacción con la vida (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2011)

Diferentes estudios han mostrado que los niveles bajos de bienestar subjetivo y la falta de sentido de la vida se asocian con un mayor riesgo de mortalidad. El bienestar subjetivo y un sentimiento positivo de la vida son factores que predicen longevidad y envejecimiento saludable. El bienestar subjetivo se asocia con medidas como la autoestima, la satisfacción con la vida, el autoconcepto, la depresión, la salud percibida, la calidad de vida, la felicidad y la soledad (Pinquart & Sorensen, 2001). Estas medidas representan evaluaciones de diferentes aspectos del bienestar: por ejemplo, felicidad y soledad constituyen dimensiones emocionales

mientras que las otras se relacionan con aspectos de la evaluación cognitiva que uno hace de su propia vida (McNeil, Stones, & Kozma, 1986).

Se entiende por ikigai un concepto relacionado con las emociones como la felicidad y con la satisfacción con la vida, y también con la evaluación cognitiva del sentido de la vida, la calidad de vida, la autoestima y la autoeficacia (Shirai et al., 2006).

La calidad de vida según Yanguas Lezaun (2006) es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras.

Son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar. Siguiendo a Diener y Diener (1995) las distintas definiciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías.

La primera categoría describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, y se relaciona con la “satisfacción con la vida”.

Una segunda categoría incide en el peso de los afectos positivos sobre los negativos. La definición de bienestar desde esta perspectiva está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término. En este sentido, se entiende que una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa.

La tercera categoría, más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia, y no se contempla como un bienestar subjetivo sino como la posesión de una cualidad deseable, similar a la *eudaimonía* de la que hablaba Aristóteles en su *Ética a Nicómaco*, un estado deseable al que sólo se puede aspirar llevando una vida virtuosa, calificada como tal desde un particular sistema de valores. Erich Fromm (2013) se hace eco de estas ideas cuando dice:

(...) la felicidad y la infelicidad son expresiones del estado del organismo entero, de la personalidad total. La felicidad va unida a un aumento de la vitalidad, a la intensidad del sentimiento y del pensamiento y a la productividad; la infelicidad va unida a una disminución de estas capacidades y funciones. (p.175).

Encontrar el sentido de la vida fue también objeto de análisis por parte de Viktor Frankl (2015).

Para Diener (1994), el estudio del bienestar tiene tres elementos característicos, a saber: un carácter subjetivo, pues depende de la propia experiencia de la persona; una dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.

Lawton (1983) quiso hacer hincapié en la perspectiva psicológica de la calidad de vida, introduciendo el concepto de "buena vida" o "buen vivir", tres de cuyos cuatro componentes son de contenido fundamentalmente psicológico. Según este autor, la competencia

conductual hace referencia, entre otros componentes, a una capacidad funcional y salud adecuadas, un buen comportamiento social y unas funciones mentales preservadas. El bienestar psicológico incluye la congruencia entre los objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo. En cuanto a la calidad de vida percibida, consiste en la satisfacción de la persona consigo misma, con la familia y los amigos, con su trabajo, las actividades que realiza o con el lugar donde vive. Por último, dentro del medio ambiente objetivo se engloban todas las características físicas del entorno donde se desarrolla la vida del sujeto. Las definiciones bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (Coan, 1977). En este sentido, cuando Aristóteles y los filósofos clásicos hablan de la *eudaemonia*, la consideran como un estado deseable al que sólo se puede aspirar llevando una vida virtuosa o deseable, calificada como tal desde un particular sistema de valores.

Los científicos sociales han basado sus estudios principalmente en las dos primeras aproximaciones. Así, una gran parte se ha ocupado de estudiar los aspectos que llevan a una persona a evaluar positivamente su existencia. En este sentido,

Veenhoven (1984) define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con

la vida que lleva. Según Veenhoven, el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos.

El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración.

El elemento afectivo constituye el aspecto hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Hay una alta relación entre estos dos componentes. La satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden también a correlacionar porque ambos elementos se hallan influidos por la valoración de los sucesos que realiza el sujeto, actividades y circunstancias en general en las que se desarrolla su vida (Diener, 1994).

El balance afectivo depende de las reacciones puntuales a eventos concretos que acontecen en el curso de la vida mientras que la satisfacción con la vida representa un resumen o valoración global de la vida como un todo.

La satisfacción con la vida es un elemento esencial que, junto con las expectativas, temores y emociones, forma parte de las dimensiones subjetivas del envejecimiento (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2009). Dicho de otro modo, el bienestar subjetivo se relaciona con la autoevaluación que cada individuo hace de su propia vida, teniendo en

cuenta dimensiones como la satisfacción vital, felicidad, satisfacción laboral y las reacciones emocionales a los eventos (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Realo & Dobewall, 2011).

Según el *Informe sobre Calidad de Vida de 2015* (European Commission, 2015) el porcentaje de personas que manifiestan (según datos de 2013) un nivel alto de satisfacción con la vida es de 18.4 para España y 21.7 para EU28 (28 países de la Unión Europea), disminuyendo a 14.5, 18.3, y 15.2 para España y 18.9, 21.6 y 20.1 para EU28 en los rangos de edad 50-64, 65-74 y >75 respectivamente. En cambio, los porcentajes para niveles de satisfacción baja con la vida son 23.2, 26.7, 22.9, y 32.9 para España; y 21, 24.5, 22.3, y 27.4 para la EU28 en los rangos de edad >16, 50-64, 65-74 y >75 respectivamente. El promedio de satisfacción con la vida –en un rango de 0 a 10- es de 6.9, 6.7, 6.9, y 6.4 para España y de 7.1, 6.9, 7.0, y 6.8 para EU28 según los tramos de edad indicados. Hay que destacar que un 29.4% de las mujeres mayores de 65 años que viven solas presentan una satisfacción con la vida baja. Por otro lado, la importancia de las relaciones sociales para la satisfacción con la vida queda patente con el dato de que el 44.8% de los que no tiene amigos o familiares para pedir ayuda frente al 19.0% del resto reportan baja satisfacción, y sólo el 9.4 % reportan alta satisfacción con la vida frente al 22.7% del resto que sí lo hacen. Finalmente, el estado de salud se conforma como el mejor predictor de la satisfacción general al responder un 65.9% de los que tienen muy mala salud, que tienen baja satisfacción con la vida. Además, encontramos diferencias en función de la cultura, la economía y

otros factores –como el diferente impacto de la crisis económica- que resultan en una mayor satisfacción por la vida en países nórdicos y de Centroeuropa y más baja en los del Sur y del Este de Europa.

Hay muchas evidencias que sugieren que la satisfacción con la vida va disminuyendo con el avance de la edad. Los datos anteriores parecen confirmarlo también. Se han detectado asociaciones negativas entre la edad y la satisfacción que las personas tenían con sus vidas en culturas tan diversas como Angola (Tomás, Sancho Requena, Gutierrez, & Galiana, 2014) y España (Fernández-Ballesteros, Zimarrón, & Ruíz, 2001). En este último estudio, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la vida del grupo de personas mayores más jóvenes (65 a 69 años) comparado con los grupos de más edad (70 a 74, 75 a 79, y 80 años o más). En otras palabras, las personas de 65 a 69 años informaron de niveles más elevados de satisfacción con la vida.

Se han detectado diferencias en satisfacción con la vida en función de distintas variables sociodemográficas. Por ejemplo, en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Fernández-Ballesteros et al., 2001), los grupos que informaron estar menos satisfechos con sus vidas eran las mujeres, las personas mayores de 69 años, aquellos que estaban viudos o separados, y los que tenían niveles más bajos de estudios y de ingresos. En esta investigación, los niveles de estudio y los ingresos tenían

un impacto mayor sobre la satisfacción con la vida que la edad y el género en esa muestra.

Sin embargo, otras investigaciones no encontraron diferencias significativas en el nivel de satisfacción en función de la edad (Pinto & Neri, 2013). Esta ausencia de asociación entre edad y satisfacción con la vida podría ser explicada por un aumento en la capacidad de regulación emocional que se da en muchos casos con el avance de la edad y que contribuye a un mejor ajuste de las metas y expectativas sobre los recursos disponibles durante la vejez (Scheibe & Carstensen, 2010). Algunas personas mayores son más resilientes para afrontar las frustraciones y consecuentemente se muestran más satisfechas con sus vidas.

Con respecto al género, en el estudio antes citado de Pinto y Neri (2013) no se hallaron diferencias significativas de satisfacción con la vida de las personas mayores entrevistadas. Sin embargo, hay evidencias de que la satisfacción con la vida de los varones está mediada por el estado civil, ya que los viudos suelen puntuar más bajo en satisfacción con la vida que las viudas. En cambio, la satisfacción con la vida de las mujeres se asociaba con tener un buen estado de salud y contar con apoyo efectivo de su red social (Pinquart & Sorensen, 2001). Las variables que sí se asociaban con bajos niveles de satisfacción con la vida en el estudio de Pinto & Neri (2013) eran: tener tres o más enfermedades crónicas, tener problemas de memoria, incontinencia urinaria y deterioro funcional. Además, el hecho de tener una escasa participación en actividades

sociales, tales como hacer o recibir visitas, ir a la iglesia y participar en grupos sociales de la comunidad también se asociaba significativamente con niveles más bajos de satisfacción con la vida.

Algunas investigaciones han identificado que los niveles de soledad se asociaban negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores (Gow, Pattie, Whiteman, Whalley, & Deary, 2007), siendo que esta asociación era más fuerte en los varones que en las mujeres (Zebhauser et al., 2014). En definitiva, los factores sociales parecen jugar un importante papel en la satisfacción con la vida de las personas mayores. Los análisis de regresión llevados a cabo en un estudio con muestra de octogenarios sugieren que los factores relacionados con la red y el apoyo social explicaban el 23% de la varianza en la satisfacción con la vida, mientras que el hecho de tener un amigo con quien hablar contribuía en el 6% y no sentirse solo, el 12% (Gow et al., 2007). Además, la misma investigación halló que las personas que tenían pareja o un hijo cercano puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida, mientras que vivir solo se asociaba con menos satisfacción con la vida.

El análisis del bienestar ha mantenido dos líneas de trabajo paralelas en la definición del constructo, una definida como bienestar subjetivo, cercana a conceptos de larga tradición en la Psicología como es el de satisfacción con la vida y que hace referencia a la experiencia subjetiva de felicidad, que surge como resultado de un balance global entre

las situaciones de placer y de displacer y que incluye, tal y como indican (Diener et al., 1999), los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y las evaluaciones afectivas tanto positivas como negativas. La segunda línea de trabajo se ha definido como bienestar psicológico, el cual (Ryan & Deci, 2001) sitúan en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor. Ambos tipos de bienestar, en el caso del envejecimiento, se convierten en una de las variables fundamentales de la calidad de vida.

La mayor parte de los autores coinciden en la consideración de tres componentes relacionados con el bienestar: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Además, cuando se habla de satisfacción con la vida se debe diferenciar entre satisfacción con la vida pasada, presente y futura. Cabe considerar, por tanto, dos grandes dimensiones. La primera de ellas se identifica como el componente cognitivo, mientras que la segunda corresponde al polo emocional o afectivo.

Autoras como Carol Ryff amplían estas dimensiones en su conocida *Escala de Bienestar Psicológico* (Abbott et al., 2006; Díaz et al., 2006; Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2008; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Esta escala tipo Likert con 6 pasos de respuesta consta de 84 ítems y plantea seis dimensiones generadoras del bienestar:

a. Autoaceptación: una alta puntuación significa que la persona posee una actitud positiva hacia sí mismo; reconoce y acepta múltiples aspectos

del yo, incluyendo tanto los negativos como los positivos, también mantiene sentimientos positivos hacia lo vivido. En cambio, una puntuación baja significa que se siente insatisfecho consigo mismo, decepcionado con lo acaecido en su vida, preocupado con ciertos rasgos personales, desea ser diferente a lo que es.

b. Relaciones positivas con los demás: una puntuación alta indica que mantiene relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias y de mutua confianza, se preocupa por el bienestar de los demás, empático, afectivo e íntimo. Una puntuación baja indica que tiene pocas relaciones interpersonales de calidad, además tiene dificultades para ser cálido, abierto y empático. No se esfuerza por mantener compromisos duraderos.

c. Autonomía: una alta puntuación significa que es independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de cierto modo, autorregula su conducta. Una baja puntuación significa que está preocupado por las expectativas y evaluaciones de los demás, confiando en los juicios de los que le rodean para tomar decisiones.

d. Dominio o control del ambiente o del entorno: una puntuación alta implica sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, hace uso de las oportunidades que se le presentan, capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales. Por su parte, una baja puntuación implica dificultad en el manejo de asuntos diarios, incapacidad para cambiar o mejorar el contexto cercano, falta de sentido de control sobre el ambiente que le rodea.

e. Propósito en la vida: la puntuación alta nos muestra personas que tienen metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado en el presente y en el pasado, mantiene creencias que proporcionan significado a la vida. Una baja puntuación muestra a personas con falta de sentido de significado vital, con pocas metas u objetivos, falta un sentido de dirección, no se ve propósito en lo ya vivido, no existe una filosofía unificadora de la vida.

f. Crecimiento personal: esta cualidad tiñe a todas las demás ya que implica no solo que se logren las anteriores, sino que exista una continuidad en el propio autodesarrollo. Una puntuación alta describe la existencia de un sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, expansión y crecimiento, apertura a nuevas experiencias, sentido de desarrollo del propio potencial. Una puntuación baja describe a personas con un sentido de estancamiento personal, con falta de sentido de mejora o expansión a lo largo del tiempo, incapacidad para desarrollar nuevas actitudes o conductas, aburrimiento, desinterés.

La Autoaceptación es uno de los criterios centrales del bienestar. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Lo es también la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas (Erikson, 1998; Ryff & Singer, 1998). La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que poder confiar. De hecho, numerosas

investigaciones realizadas en las últimas décadas (Berkman, 1995; Davis, Morris, & Kraus, 1998; House, Landis, & Umberson, 1988) señalan que el aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionadas con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida. Otra dimensión esencial es la autonomía. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995). Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Ryff & Singer, 2002). El dominio del entorno, es decir, la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. Finalmente, las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Necesitan, por tanto, tener un propósito en la vida. El funcionamiento positivo óptimo no solo requiere de las características anteriormente señaladas; necesita también el empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al., 2002). Es la dimensión denominada crecimiento personal.

En un intento de concreción, si se atiende al consenso generado en torno a los dos grandes componentes mencionados, el bienestar subjetivo se podría definir como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención a elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida (García, 2002; Molina Sena & Melendez Moral, 2006).

Según Villar, Triadó, Solé Resano, y Osuna (2003) existen dos grandes líneas de trabajo en el concepto de bienestar relacionado con el paso del tiempo, la que se centra en el denominado bienestar subjetivo (concepción hedonista) y la que plantea el concepto de bienestar psicológico (concepción eudaimonista). Estas dos concepciones, aunque muestran en algún caso variables idénticas tienen sus propias características diferenciadoras.

El bienestar subjetivo, es entendido como el resultado de un balance global entre el placer y el displacer, se compone de aspectos como la felicidad o el resultado de los estados positivos y negativos (componente afectivo emocional) y la satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (componente cognitivo). Esta medida de bienestar subjetivo, apoyada en la experiencia subjetiva, parece no experimentar grandes cambios con la edad, manteniendo la estabilidad en la satisfacción vital y existiendo pocos cambios en los estados afectivos.

Respecto al bienestar psicológico, más asociado a la consecución de nuestros potenciales, Ryan y Deci (2001), lo sitúan en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras.

Se entiende el bienestar psicológico como una construcción personal que descansa en el desarrollo psicológico de cada uno/a y en su capacidad para interactuar de manera armoniosa con las circunstancias de la vida. Un modelo integral de bienestar es aquel que supera la idea de que los aspectos económicos garantizan el bienestar personal e integra los aspectos psicosociales y personales. Hacemos referencia a una capacidad de respuesta personal estrechamente relacionada con la naturaleza individual de cada uno, sus fortalezas internas, las habilidades personales e interpersonales, así como, el sentido que haya podido construir en su experiencia de vida. Desde este punto de vista podemos definir bienestar psicológico como el equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños, realidades conseguidas o posibles, que se expresan en términos de satisfacción y capacidad de afrontar los acontecimientos vitales, con el fin de conseguir adaptación o ajuste.

El bienestar psicológico resulta de la interacción entre lo social que imprime el sentido a la experiencia de vida y lo psicológico que define la posición que asume la persona frente a la vida. Además, el bienestar va a estar determinado por la coherencia entre las aspiraciones, expectativas

y logros obtenidos, lo que hace referencia a las competencias personales, capacidad de respuesta y de adaptación de la persona.

En síntesis, durante la última década se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el bienestar (Díaz Morales & Sánchez-López, 2002; Diener et al., 1999) que han ampliado considerablemente el mapa conceptual sobre este constructo. Ryan & Deci (2001) han propuesto una organización de los diferentes estudios en dos grandes tradiciones: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico), y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). Algunos autores (Keyes et al., 2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo (*Subjective Well-being*) como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico (*Psychological Well-being*) como representante de la tradición eudaimónica. Varios autores pasaron posteriormente a definirlo en términos de satisfacción con la vida como el juicio global que las personas hacen de su vida (Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000; Diener, 1994; Veenhoven, 1994) o en términos de felicidad: balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida, tal y como lo concibió Bradburn (1969) y Argyle (1992).

En un intento de integrar los diferentes conceptos y medidas de bienestar, algunos autores (Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon, & Diener, 2005) han propuesto un marco de referencia basado en la idea de que las reacciones a los acontecimientos se desarrollan en el tiempo y las medidas

del bienestar subjetivo reflejan este desarrollo al incorporar no sólo los estados de ánimo actuales sino el recuerdo de las emociones y la manera en que se construyen los juicios globales de bienestar. Así, nuestras experiencias diarias son modificadas y moldeadas por experiencias de nuestro pasado.

Dado que la participación social y el bienestar se relacionan directamente con el envejecimiento activo y exitoso, en el siguiente capítulo nos ocuparemos de este tema.

3 ENVEJECIMIENTO EXITOSO Y ACTIVO

Diversas teorías y modelos han abordado el estudio del envejecimiento hasta ir propiciando el cambio de paradigma hacia un enfoque positivo de la vejez, entendiendo la importancia de envejecer bien y la prevención de la dependencia en relación al bienestar y la satisfacción con la vida.

En términos generales, la investigación del envejecimiento desde una perspectiva positiva surgió gracias a una serie de acontecimientos que ocurrieron a lo largo del siglo XX: el cambio en la conceptualización de la salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el progresivo aumento de la población después de la Segunda Guerra Mundial, el surgimiento de las teorías del ciclo vital y la expansión de la psicología positiva (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, & Caprara, 2007).

El envejecimiento con éxito es un concepto relativamente nuevo que ha ido consolidándose en los últimos años, como sinónimo de otros conceptos tales como envejecimiento «saludable», «activo», «productivo», «óptimo», «satisfactorio» y «positivo» (Fernández-Ballesteros et al., 2008). Estos conceptos surgen de la variabilidad extraordinaria en las formas de envejecer que Rowe y Khan (1987, 1997) redujeron, sintéticamente, a tres: envejecimiento “normal”, “patológico” y “con éxito” (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Fue durante la década de los 90, cuando este concepto inicial

se fue diversificando, adoptando distintas denominaciones y dando lugar a varias líneas de investigación que parten de una misma visión positiva de la etapa vital de la vejez.

Conceptos como el de envejecimiento activo, envejecimiento competente, envejecimiento con éxito o envejecimiento productivo son diferentes maneras de abordar científicamente esta perspectiva positiva de la vejez. Aunque todos ellos apuntan a una misma dirección, cada uno presenta matices y énfasis diferentes. Quizás el término más frecuentemente utilizado, según Villar (2013) y el que mayor calado ha tenido dentro del actual discurso popular y político sobre el ‘buen envejecer’, es el de envejecimiento activo. Se trata de evitar asociar el envejecimiento exclusivamente a la idea de declive, para pasar a explorar el potencial y los límites de desarrollo en las últimas décadas de la vida.

En la actualidad existe una controversia acerca de la posible equivalencia o no de todos estos conceptos, pues todos ellos tienen elementos en común pero sus matices son distintos. Algunos autores los utilizan indistintamente en sus estudios, mientras que otros tratan de establecer diferencias entre “envejecimiento saludable”, “envejecimiento activo”, “envejecimiento exitoso” y “envejecimiento productivo” (Marsillas, 2016).

3.1. ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Si bien el concepto de envejecimiento con éxito existe desde la década de 1950 (Pressey & Simcoe, 1950), no fue hasta 1987 con aportaciones como las de Rowe y Kahn cuando el término se popularizó finalmente, siendo una de las conceptualizaciones más influyentes y que ha dado lugar a marcos conceptuales que describen los resultados ideales del proceso de envejecimiento recogidos bajo el término de “envejecimiento con éxito”.

Para Moody (2005, p.59) el término "envejecimiento exitoso" sugiere "ideas clave, tales como satisfacción con la vida, la longevidad, la vida libre de discapacidad, el dominio y el crecimiento, el compromiso activo con la vida, y la independencia". Para muchos, el énfasis se debe centrar en el mantenimiento de un funcionamiento positivo el mayor tiempo posible (Phelan & Larson, 2002), pero otros han sugerido que un buen envejecimiento también puede ser discutido en las condiciones de salud más adversas (Poon, Gueldner, & Sprouse, 2003).

A continuación en este apartado se hará hincapié en aquellos autores que han popularizado el tema del envejecimiento con éxito, presentaremos algunas de estas definiciones y modelos teóricos, así como un resumen de sus puntos en común y sus diferencias, dado que esta conceptualización ha ido evolucionando a lo largo de los años, pudiéndose observar tres periodos diferentes en la historia, constitución y desarrollo de este concepto (Fernández-Ballesteros, 2009; Marsillas, 2016).

Podemos hablar de un primer periodo, que llega hasta finales de los años 70 aproximadamente y en donde encontramos una de las primeras definiciones de envejecimiento exitoso en la literatura gerontológica: la introducida por Robert Havighurst (1961). Para este autor, el estudio del envejecimiento exitoso fue un tema central para la gerontología como disciplina y elaboró una primera teoría de envejecimiento con éxito denominada la teoría de la actividad, con el objetivo de ayudar a los individuos y a la sociedad a tomar decisiones en relación a aspectos tan variados como las políticas sociales o el uso del tiempo libre. Tal teoría debería proporcionar -según Havighurst- un buen consejo y debería describir las condiciones que promueven un máximo de satisfacción y felicidad (Martin et al., 2015).

La *Teoría de la Actividad* (Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1963) exponía que el envejecimiento con éxito significaba el mantenimiento de las actividades y actitudes de la mediana edad en edades más avanzadas y suponía capturar el deseo de las personas mayores. La *Teoría de la Desvinculación*, por otro lado y de manera contrapuesta, mantenía que las personas, para desarrollar un envejecimiento con éxito querrían, con el tiempo, desvincularse de la vida activa (Martin et al., 2015). La Teoría de la Desvinculación fue desarrollada por Cumming y Henry (1961)

Para Havighurst debería ser posible seleccionar cuál de estas dos teorías debe prevalecer mediante la creación de una "... definición operativa de envejecimiento exitoso y un método para medir el grado en

que las personas se ajustan a esta definición" (Havighurst, 1961, p.9). Es por ello que bajo su teoría se establecen un conjunto de afirmaciones o supuestos sobre las condiciones deseables que permitirían, por un lado, que las personas obtengan el máximo de satisfacción vital y felicidad y por otro, mantener un equilibrio social respecto a la satisfacción de los grupos que componen la sociedad. Según este autor, el envejecimiento exitoso significaba el mantenimiento de las actividades y actitudes propias de la adultez en la vejez y evitar así la pérdida de roles sociales. Sin embargo, admitió la dificultad y las críticas de este enfoque pues a pesar que él y sus colegas elaboraron un *Índice de satisfacción con la vida* en base a cinco componentes: 1) diversión (placer) frente a la apatía; 2) la resolución y la fortaleza; 3) la bondad de ajuste entre los objetivos deseados y obtenidos; 4) auto-concepto positivo; y 5) estado de ánimo, consideraba que los valores y la personalidad deben ser tomadas en cuenta, y que sería útil usar diferentes medidas de envejecimiento exitoso (Martin et al., 2015; Reichard, Livson, & Petersen, 1962).

Una década más tarde Neugarten (1972) llegó a la conclusión de que el factor crucial para predecir qué individuos envejecen con éxito es la personalidad. Los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse, y las expectativas de vida, así como los ingresos, la salud, las interacciones sociales, las libertades y las restricciones eran vistos como parte de la fusión de la personalidad y, por lo tanto, juegan un papel importante en la enorme complejidad de un envejecimiento exitoso.

El segundo periodo ocupa prácticamente toda la década de los años 80 y en él se desarrollaron algunas definiciones, predictores y modelos teóricos sobre el concepto de envejecimiento con éxito. Fue durante este periodo cuando se inició el *Estudio MacArthur sobre el Envejecimiento Exitoso*. Dirigido por Rowe y Kahn, comenzó en 1984, con el objetivo de conocer los factores que promueven el envejecimiento exitoso. Para ello, se siguió a una muestra de 1000 adultos mayores que cumplieron con los criterios determinados durante un período de siete años (Jeste, Depp, & Vahia, 2010). A partir de ese estudio, Rowe y Kahn (1987, 1997) popularizaron el concepto de envejecimiento exitoso y operacionalizaron tres criterios: la ausencia de enfermedad y discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y compromiso social y productivo. Para los autores, es posible alcanzar una edad avanzada libre de las enfermedades asociadas a la edad y sin experimentar un deterioro físico significativo. Diferenciaron tres trayectorias de envejecimiento: el envejecimiento con éxito, el envejecimiento normal (referido al declive normal que se produce con la edad en el funcionamiento físico, social y cognitivo) y el envejecimiento patológico (caracterizado por la presencia de enfermedades y discapacidad) (Marsillas, 2016).

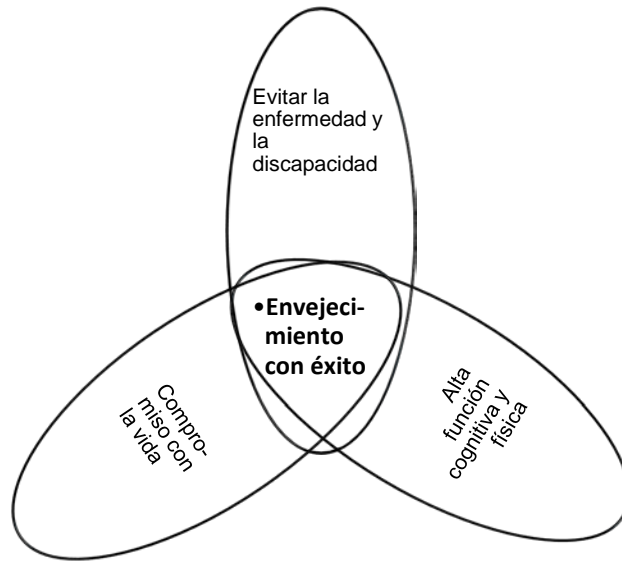


Figura 1. Modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Kahn (Fuente: Rowe y Kahn, 1997).

El modelo de Rowe y Kahn fue bien recibido y las publicaciones posteriores ayudaron a popularizar el término “envejecimiento exitoso”. En 1997, Rowe y Kahn matizaron aún más su concepción y ofreciendo una mejor representación de los tres componentes importantes:

Definimos un envejecimiento exitoso en base a tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alta capacidad cognitiva, física y funcional, y la participación activa en la vida. Los tres términos son relativos y la relación entre ellos... es en cierta medida jerárquica ... El envejecimiento exitoso es más que ausencia de enfermedad, por importante que sea, y más que el mantenimiento de las capacidades funcionales, por importante que sea. Ambos son componentes importantes de un envejecimiento exitoso, pero es su combinación con un compromiso activo con la vida lo que representa el concepto de envejecimiento con éxito más completo. (Rowe & Kahn, 1997, p. 433)

Cada uno de los componentes que conforman este modelo de envejecimiento con éxito, a su vez, incluye diferentes sub-partes. En

primer lugar, una baja probabilidad de enfermedad se refiere no sólo a la ausencia o presencia de enfermedad en sí misma, sino también a la ausencia, presencia o severidad de riesgo de enfermedad. En segundo lugar, una alta función física y cognitiva incluye sus propios componentes referidos a las capacidades potenciales de actividad. En tercer lugar, el compromiso con la vida hace hincapié en las relaciones interpersonales y las actividades productivas. A su vez, las relaciones interpersonales incluyen apoyo social, contactos y transacciones con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa. Una actividad es productiva si supone un valor para la sociedad.

Es decir, Rowe y Kahn (1998) resumieron su enfoque de envejecimiento con éxito con un modelo de componentes superpuestos. Cuando los tres componentes se manifiestan, el envejecimiento con éxito está totalmente representado. El modelo es comprobable mediante la evaluación de en qué medida las personas mayores son capaces de cumplir con uno, dos o los tres componentes. La consecuencia, sin embargo, es que muy pocas personas mayores son capaces de mantener altos niveles de funcionamiento para ser etiquetados como exitosos. El modelo recibió muchas críticas porque minimizó la importancia de la genética en el deterioro de la vejez y porque el énfasis en el éxito apoyaría la idea de una élite con características especiales e incluso una culpabilización a los menos afortunados (Ann Bowling, 2007; Martin et al., 2015). Según Strawbridge, Wallhagen, & Cohen (2002), el modelo de Rowe y Kahn excluye a la mayoría de las personas mayores y reduce la prevalencia del

envejecimiento con éxito a un pequeño número, dado que una vejez absolutamente libre de discapacidad y enfermedad es alcanzable sólo para unos pocos. La fragilidad al final de la vida es muy probable que suceda, sobre todo si se llega a vivir muchos años. Para autores como Bowling (2007), esta definición no tiene en cuenta la gran heterogeneidad de las personas al envejecer, siendo un modelo estrecho de miras que ignora rutas alternativas para envejecer bien.

El *modelo MacArthur* de Rowe y Kahn de envejecimiento exitoso (Successful ageing) (Rowe & Kahn, 1987, 1997, 1998, 2015) tiene tres componentes: bajo riesgo de dependencia y discapacidad, mantenimiento de una alta función mental y cognitiva, y continua implicación con la vida (relación con los otros y actividad productiva, pagada o voluntaria). Desde 1987 que fue formulado, ha producido mucha investigación y también ha recibido muchas críticas. Una de las primeras críticas al modelo apareció en 1998 de la mano de Riley. Para la autora, el modelo es incompleto por centrarse únicamente en factores individuales y olvidar los factores estructurales y sociales que influyen en el envejecimiento. A partir del trabajo de Riley, muchos investigadores han intentado encontrar evidencias de las relaciones entre las variables del modelo de Rowe y Kahn, han sugerido añadir otras variables e incluso algunos gerontólogos han mostrado nuevos modelos alternativos, en una crítica total al modelo de envejecimiento exitoso.

Para algunos investigadores, el modelo de envejecimiento exitoso es demasiado biomédico y pocas personas podrían ser llamadas “envejecientes exitosos” atendiendo a los criterios del modelo. Por ejemplo, McLaughlin, Connell, Heeringa, Li & Roberts (2010) utilizando cuatro puntos de la Health and Retirement Survey basada en el modelo de Rowe y Kahn calcularon la prevalencia de envejecimiento exitoso y encontraron que no más del 11.9% de las personas de más de 65 años cumplían los criterios. En un estudio posterior, McLaughlin, Jette, & Connell (2012), encontraron tasas de prevalencia de 3.3% a 33.5%.

En el estudio de Bowling & Iliffe (2006) realizado en Inglaterra las tasas oscilaron entre el 16 y el 24%.

Martinson & Berridge (2015) realizaron una revisión sistemática de las críticas al modelo de Rowe y Kahn que han aparecido en la literatura gerontológica. Los autores hablan de cuatro tipos de críticas:

a. Al modelo le faltan algunas dimensiones que habría que añadir: criterios subjetivos (Coleman, 1992); espiritualidad (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002); estado civil (Ko, Berg, Butner, Uchino, & Smith, 2007); salud positiva como algo opuesto a la salud patológica (Kaplan et al., 2008); un constructo multidimensional que contenga estado afectivo y cognitivo, salud física, funcionamiento social, implicación y satisfacción con la vida (Ng, Broekman, Niti, Gwee, & Kua, 2009); actividades de ocio (Lee, Lan, & Yen, 2011); integrar el contexto social y la conducta (Steverink, Lindenberg, & Ormel, 1998);

generatividad (Villar, 2012); autocuidado, aceptación del proceso de envejecer y bienestar económico; vivir con la familia y recibir apoyo emocional (Hsu, 2007), bienestar emocional y espiritualidad (Lewis, 2011).

b. Es necesario añadir al modelo la visión que las propias personas mayores hacen de su envejecimiento. Por ejemplo, teniendo en cuenta la visión que las personas mayores tienen de su propio envejecimiento, Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010) propusieron un modelo de dos factores con medidas objetivas, como tener pocas enfermedades crónicas, mantener la habilidad funcional, experimentar pocos dolores y medidas subjetivas sobre cuánto de exitosamente uno ha envejecido, cómo de bien uno está envejeciendo y cómo valora uno su vida en el momento actual. Montross et al (2006) encontraron que el 92% de su muestra se veía a sí mismos como envejecientes exitosos, aunque la mayor parte de ellos tenían alguna (o varias) situaciones de discapacidad o enfermedades crónicas.

c. Las críticas más duras de rechazo total al modelo vienen de la mano de una gran variedad de disciplinas (gerontología crítica, estudios críticos, estudios feministas, gerontología narrativa, análisis crítico del discurso) y le tachan de tener una aproximación demasiado individualista, edadista y discriminatoria para las personas con discapacidades (Holstein & Minkler, 2003; Minkler, 1990; Stone, 2003). Según los autores el modelo traslada al individuo la capacidad de envejecer o no exitosamente sin

tener en cuenta el contexto y los antecedentes. Rozanova, Northcott, y McDaniel (2006) destacan que el modelo de envejecimiento exitoso se ha trasladado a los Medios de Comunicación y los propios periódicos o revistas subrayan el papel que cada individuo tiene en el envejecimiento exitoso. Así, la persona que aparece en los Medios de Comunicación como ejemplo de este modo de envejecer es aquella que elige envejecer bien, se mantiene joven el mayor tiempo posible, contribuye a la economía y es un activo participante en actividades productivas mientras que se mantiene saludable.

d. Otros autores que también rechazan el modelo de Rowe y Kahn proponen nuevos modelos como el de “envejecimiento balanceado” (Butler, Fujii, & Sasaki, 2011); envejecimiento resiliente (Harris, 2008; Harris & Keady, 2008; Wild, Wiles, & Allen, 2013), envejecimiento armónico (Liang & Luo, 2012) y otros modelos holísticos y espirituales (Leder, 1999; Xu, 2010).

En la presente tesis hemos querido tener en cuenta algunas de estas aportaciones, incluyendo variables que no aparecían en el modelo original de Rowe y Kahn.

Otros autores han criticado más abiertamente el *Modelo MacArthur de envejecimiento con éxito* por explicar sólo el “qué” pero no el “cómo”, por no tener en cuenta el enfoque de ciclo vital y por no tomar en suficiente consideración los componentes subjetivos del envejecimiento exitoso (Martinson & Berridge, 2015). En una reciente publicación, Rowe

y Kahn proponen superar las críticas y mejorar el modelo adoptando la perspectiva de ciclo vital –que implica la adaptación a los cambios a lo largo de la vida y asume que cada cambio introducido puede afectar en las sucesivas etapas; centrarse en el capital humano –el “dividendo de la longevidad”- que surge con el incremento de personas participando activa y productivamente en la sociedad; y rediseñar las instituciones para atender las capacidades y necesidades emergentes de una creciente población envejecida (Rowe & Kahn, 2015).

El tercer y último periodo abarca desde los años 90, momento en el que se desarrollaron y continuaron varios estudios longitudinales cuyas conclusiones llevaron a la proposición de definiciones empíricas más elaboradas y de predictores y modelos teóricos más contrastados.

Uno de los modelos teóricos desarrollados durante este periodo fue el *Modelo de Optimización Selectiva con Compensación* (SOC) desarrollado por Baltes & Baltes (1990) con un enfoque más cualitativo y psicosocial, en el que se concibe el proceso de envejecimiento como un proceso de adaptación. Desde este modelo teórico se propone cómo las personas pueden contribuir a su propio envejecimiento con éxito mediante tres mecanismos: Selección, Optimización y Compensación. Estos mecanismos hacen referencia a procesos universales de regulación que están presentes a lo largo del ciclo vital, procesos de afrontamiento de los problemas o estrategias de gestión de la vida que varían dependiendo de

las circunstancias socio-históricas y personales del individuo (Marsillas, 2016) .

La *selección* supone un mecanismo adaptativo en sí mismo, centra el desarrollo en ciertas áreas y hace más manejable el número de desafíos, amenazas y demandas potenciales con los que se va a encontrar la persona. Sería el elemento del modelo más relacionado bien con la creación y la elección del rumbo que va a tener nuestro desarrollo, bien con la gestión de los recursos (biológicos y conductuales), por naturaleza limitados, de los que todos los seres vivos disponemos. Y es especialmente relevante en la vejez, pues durante esta etapa vital tiende a suceder una disminución de los recursos convirtiéndose, pues, en un elemento esencial para el envejecimiento con éxito. La *optimización* es el componente que impulsa a regular el desarrollo de manera que se puedan alcanzar los niveles de funcionamiento de la manera más eficiente posible. Ésta se refiere a la obtención de un mejor ajuste a través de la optimización de los conocimientos, habilidades y de todas las demás características humanas para obtener un mejor ajuste que permita alcanzar las metas propuestas o una dirección prefijada. La configuración concreta de la optimización y de sus esfuerzos dependerá tanto de los recursos biológicos de los que dispongamos, como de factores contextuales y socioculturales, que ponen a nuestro alcance o dan prioridad a algunas posibilidades de optimización por encima de otras (Satorres, 2013). La *compensación* es el elemento que implica respuesta a la ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de las metas evolutivas, actuando en este

caso, como un elemento clave para mantener un funcionamiento adaptativo, buscando medios y recursos alternativos. La compensación implica procesos y estrategias por los que o bien se adquieren nuevos medios, se reconstruyen los antiguos o se cambian las propias metas del desarrollo como respuesta a esa carencia de medios para facilitar la consecución de las nuevas metas con los medios disponibles. Tanto la compensación como la optimización requieren un esfuerzo individual, aunque debe existir previamente una selección para decidir qué optimizar y qué compensar.

Este modelo ha obtenido algunas evidencias empíricas que apoyan estos supuestos (Carpentieri, Elliott, Brett, & Deary, 2016), especialmente los estudios derivados del *Estudio Berlín de Envejecimiento* (Baltes, Mayer, Helmchen, & Steinhagen-Thiessen, 1993), en donde se examinó la utilidad de los procesos auto informados de selección, optimización y compensación para predecir los indicadores subjetivos de envejecimiento exitoso como el bienestar subjetivo, las emociones positivas o la ausencia de sentimientos de soledad. En concreto, se comprobó que las personas que utilizaban como estrategias vitales la optimización selectiva con compensación obtuvieron mayores puntuaciones en esos indicadores (Freund & Baltes, 1998; Marsillas, 2016). El modelo también ha recibido críticas pues han surgido problemas metodológicos respecto a la confusión en cuanto a los elementos componentes con predictores de envejecimiento con éxito y han

contribuido a una falta de claridad y de consenso (Ann Bowling, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009).

Una aplicación específica del modelo SOC de envejecimiento exitoso es la *Teoría de la Selectividad Socioemocional* de Carstensen (Carstensen, Fung, & Charles, 2003). Este enfoque sugiere que las personas mayores priorizan metas emocionales y realizan ajustes y regulaciones emocionales en las interacciones sociales para maximizar las experiencias positivas (Carstensen & Löckenhoff, 2003). Este enfoque teórico es coherente con el modelo de optimización selectiva con compensación pues se cree que las personas mayores son más selectivas en la elección de las relaciones cercanas para optimizar así las experiencias emocionales positivas. La *Teoría de la Selectividad Socioemocional* (Carstensen, 1991, 1992b, 1993) es una de las teorías más citadas en la gerontología. Plantea que, a lo largo de la vida, las personas tenemos una alta motivación para la interacción social, ya sea para obtener información para regular nuestras emociones o para desarrollar el autoconcepto. Esta es la razón por la que las interacciones sociales tendrían un gran impacto en la satisfacción con la vida y el bienestar. Además, esta teoría sugiere que la percepción que tenemos del tiempo influye en el tipo de metas que nos planteamos (Baltes & Carstensen, 1999). Debido al cambio en esta percepción existen diferencias importantes en las metas y en las motivaciones que tenemos las personas en diferentes etapas de la vida y particularmente en lo que concierne a las

relaciones sociales (Cacioppo et al., 2008; Diener & Diener McGavran, 2008).

En las etapas en las que se dispone de mucho tiempo de vida, la motivación y las metas están dirigidas hacia la consecución de logros, adquirir nueva información, explorar el mundo y conquistar nuevos horizontes. En cambio, en las etapas en las que el tiempo se percibe como limitado, la motivación del individuo tiende a centrarse en las metas a corto plazo que suponen el mantenimiento de la identidad y la regulación emocional. Por ello, las personas mayores, que tienen muy presente la cercanía de la muerte, buscan maximizar la experiencia emocional positiva y tienden a seleccionar aquellas relaciones cercanas y gratificantes que consideran importantes, como la familia y amigos, y descartar las relaciones periféricas de la red social (Dumitrache, 2014). Para Baltes & Carstensen (1999) esta reducción de las relaciones sociales periféricas es un mecanismo adaptativo porque de este modo las personas mayores pueden implicarse en mayor medida en las relaciones sociales significativas. Es una estrategia que utilizan para redistribuir sus recursos a aquellas metas más relevantes, una selección activa que indica que las personas mayores no reaccionan ante su contexto social, sino que adoptan una postura proactiva para gestionar este contexto.

Otro de los modelos teóricos de esta etapa es el de Kahana y Kahana (1996) que, en un esfuerzo por ser más inclusivos con las personas mayores que se enfrentan a desafíos físicos, sociales y ambientales

durante la vejez y para potenciar el envejecimiento con éxito, introdujeron su modelo conceptual basado en la teoría del estrés llamado *Modelo de Proactivo de Envejecimiento con Éxito*, que explica el envejecimiento con éxito enmarcado en un contexto histórico determinado, referido tanto al momento temporal general y la biografía del individuo pero también al lugar en el espacio, centrado en la demografía y la comunidad. Kahana y Kahana (1996) reconocieron que las personas mayores tendrán que hacer frente los factores de estrés normativos de enfermedades crónicas, las pérdidas sociales y la falta de ajuste persona-ambiente. Sin embargo, de acuerdo con este marco, el mantenimiento de una buena calidad de vida todavía puede ser posible en la medida en que las personas mayores pueden recurrir a los recursos de afrontamiento internos y también recursos sociales externos. Tales recursos pueden ser los comportamientos proactivos que incluyen la promoción de la salud, la ayuda a otros y la planificación del futuro junto con la capacidad de auto-revelar situaciones problemáticas con el fin de obtener los apoyos sociales, la sustitución de roles sociales y las modificaciones del entorno. Es decir, por un lado, adaptaciones preventivas que actúan antes de que los problemas aparezcan y, por otro, adaptaciones correctivas que actúan cuando el evento ha sucedido. Tales adaptaciones proactivas pueden ayudar a mejorar los efectos adversos del estrés sobre los resultados en la calidad de vida, tales como el bienestar psicológico, las metas y sentido de la vida, y el mantenimiento de las actividades agradables y de aquellas relaciones que se consideran más valoradas. El modelo (ver Figura 2) se refinó aún

más al considerar las influencias temporales y ambientales en las dimensiones macro contextuales sobre el envejecimiento con éxito (Kahana & Kahana, 2003).

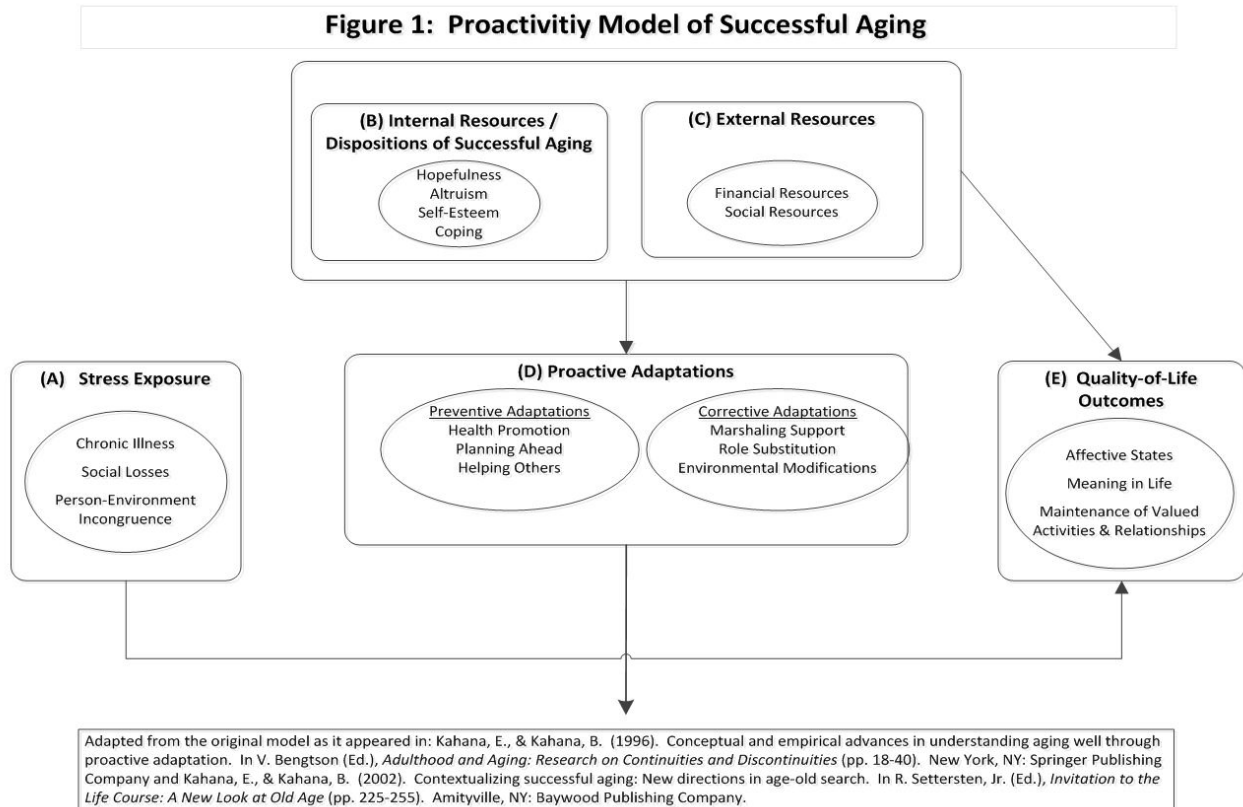


Figura 2 Modelo Proactivo de Envejecimiento con Éxito.

(Fuente: (Kahana & Kahana, 1996)

La Figura 3 muestra los componentes clave del modelo. Este modelo propone que los factores estresantes normativos del envejecimiento incluyen enfermedades crónicas, pérdidas sociales y la falta de ajuste persona-ambiente. Estos factores de estrés amenazan tanto al bienestar psicológico como al social. El modelo considera los recursos sociales externos y los recursos de afrontamiento internos como factores que mejoran los efectos adversos de los factores estresantes en la

calidad de vida. Una contribución única de este modelo es la inclusión de la adaptación del comportamiento proactivo activado por los recursos. Los recursos pueden disminuir los efectos adversos del estrés sobre los resultados finales en la calidad de vida.

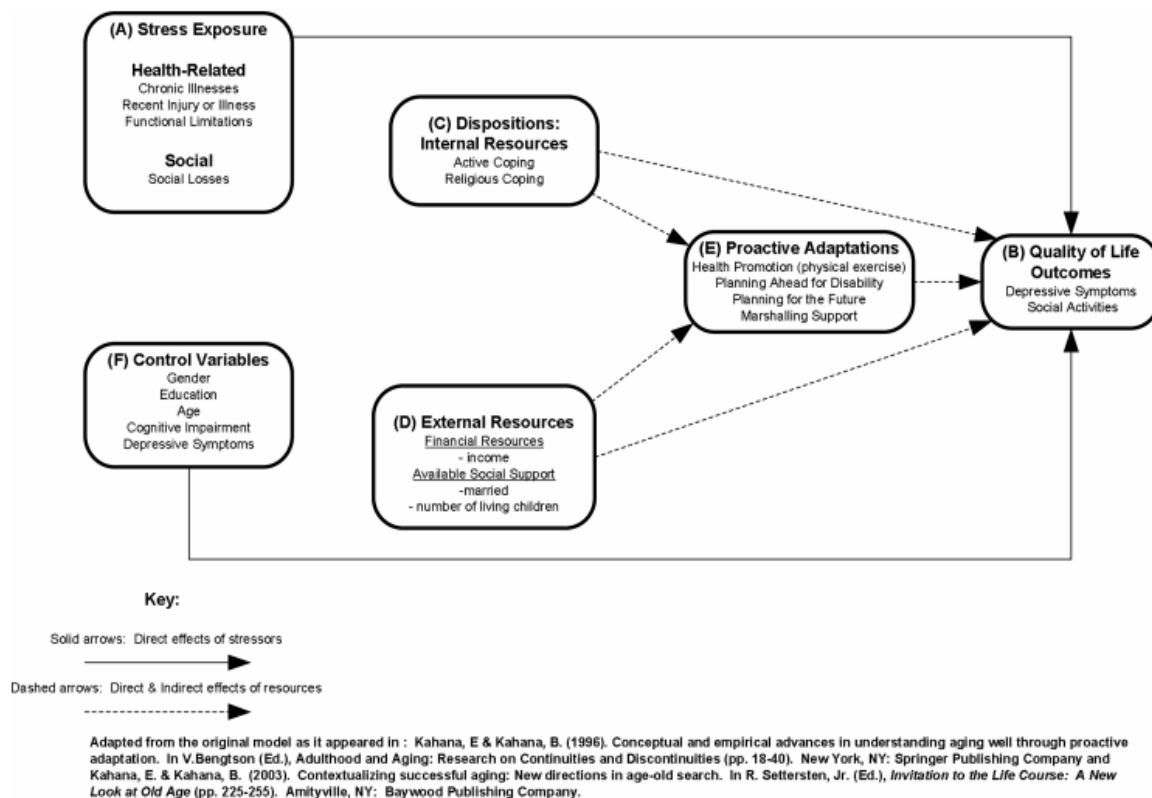


Figura 3 Componentes clave del Modelo Proactivo de Envejecimiento Exitoso

Kahana, Kelley-Moore, & Kahana (2012) han documentado el valor de las *adaptaciones proactivas* -por ejemplo, el ejercicio, la planificación anticipada al futuro en la pensión de jubilación y la búsqueda de apoyos- como influencias inmediatas en los resultados de calidad de vida. Las personas mayores pueden mantener un buen

envejecimiento, aunque tengan aquellos factores de estrés relacionados con la salud y sociales si usan los recursos acumulados para fomentar de un modo activo los retos del envejecimiento. La planificación anticipada puede desempeñar un papel importante para facilitar el envejecimiento con éxito mediante la reducción de la exposición al estrés en la vejez y la mejora de los apoyos sociales. Además, se ha encontrado evidencia de que las intervenciones que se realicen anticipadamente también pueden mejorar directamente el bienestar psicológico y el significado en la vejez en las personas mayores.

Tal y como Martin et al. (2015) indican, en los últimos años un gran número de investigadores ha llevado a cabo la tarea de revisar, comparar y evaluar el envejecimiento exitoso como concepto, en vista a la confusión que hay sobre este tema. En particular, la idea de que la definición de envejecimiento con éxito podría o debería tener una dimensión subjetiva surgió como un tema importante a debatir. El primero de estos análisis fue el de Phelan & Larson (2002) quienes llevaron a cabo una revisión de las definiciones que aparecían en la literatura y de los factores que podrían predecir el éxito durante el envejecimiento partiendo de que éste es un constructo multidisciplinar. Identificaron siete elementos principales: la satisfacción con la vida, la longevidad, la vida libre de discapacidad, el dominio del entorno, el crecimiento personal, el compromiso activo con vida, la alta capacidad funcional y la adaptación positiva. De acuerdo con ello, se

hicieron dos observaciones con respecto a la forma en que el envejecimiento exitoso ha sido evaluado:

En primer lugar, si bien varias definiciones hacen hincapié en el mantenimiento de la capacidad funcional como un elemento esencial del éxito, hay una única y uniforme definición operativa de "éxito" que ha sido adoptada ... En segundo lugar, se observó que hasta ese momento muy poco se ha hecho para determinar cuáles son las opiniones de los individuos respecto de su propio proceso de envejecimiento (Phelan & Larson, 2002, p.1306).

En base a ello, su recomendación para futuras investigaciones fue la de considerar las definiciones de envejecimiento desde la perspectiva de las personas mayores.

A la misma conclusión llegaron Strawbridge et al. (2002) quienes sugirieron de manera similar que la comprensión de los criterios propios de las personas mayores "... debería mejorar la conceptualización y medición de este concepto difícil de alcanzar" (Strawbridge et al., 2002 p. 727). Los autores indicaron, además, que la elección del término "éxito" es una cuestión problemática, ya que implica que hay ganadores y perdedores. Su estudio encontró que mientras que un poco más de la mitad de los participantes se percibían a sí mismos como envejecientes con éxito, sólo el 18,8 % podría ser clasificado como tal en función de los criterios de Rowe y Kahn.

Posteriormente, Phelan, Anderson, LaCroix, & Larson (2004) volvieron a examinar la conveniencia de incorporar las percepciones de las personas mayores en una definición y los autores encontraron que la

definición de las personas mayores es multidimensional y abarcaba los ámbitos físico, funcional, psicológico y social de la salud y ninguna de las publicaciones que describía el envejecimiento exitoso incluía todas estas dimensiones. De hecho, encontraron que la mayoría de los constructos abarcaban solamente una de estas cuatro dimensiones, mientras que solo unos pocos eran multidimensionales, dando cuenta de la variabilidad existente en la prevalencia de personas que presentan un envejecimiento con éxito en función de la definición que se tome como referencia, oscilando en un rango de entre 12,7% y el 49%.

Ante la observación de una clara y manifiesta falta de acuerdo sobre una definición óptima de envejecimiento con éxito o la manera de medirlo, Depp & Jeste (2006) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de los estudios cuantitativos, clasificaron los componentes de las definiciones existentes en 10 dominios, y encontraron un promedio de 2,6 componentes por definición. El componente que más frecuentemente aparecía era el funcionamiento físico seguido del funcionamiento cognitivo (Martin et al., 2015). Además, encontraron una amplia variabilidad en los estudios analizados: del 0,4% al 95%, los autores asociaron las diferencias tanto a cuestiones metodológicas como a las definiciones utilizadas, a la utilización de determinadas variables como dependientes e independientes, al muestreo y a los análisis efectuados. En consecuencia, sugirieron que las definiciones, principalmente las biomédicas debían ampliarse y convertirse en definiciones biopsicosociales, y así conectar mejor con la disparidad de las definiciones operacionales, las teorías del

desarrollo del ciclo vital y las definiciones que las propias personas mayores realizan.

En esta misma línea, los resultados de un estudio realizado por Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, & Cartwright (2010) sobre las primeras influencias y características del envejecimiento con éxito ayudaron a definir el envejecimiento exitoso como un constructo multidimensional con dimensiones objetivas y subjetivas. Los autores proponen una definición que consta de envejecimiento con éxito objetivo y envejecimiento con éxito subjetivo, dos dimensiones independientes pero relacionadas entre sí, y demostraron la utilidad de un modelo de dos factores.

Autores como Jeste et al. (2010) señalan que debería ser posible integrar mejor estas perspectivas al incorporar elementos subjetivos y objetivos en las definiciones pues cuando se utiliza una definición objetiva basada en la salud física únicamente, sólo una pequeña minoría de las personas mayores se puede definir como envejecientes con éxito; sin embargo, y a pesar de ello, una gran mayoría *cree* que lo es y, de hecho, generalmente cumplen con los criterios psicosociales.

Para finalizar y como conclusión a esta revisión, recalcar la confusión conceptual y el gran debate teórico que hay al respecto, pues no existe un estándar universalmente aceptado acerca de la definición, el modelo teórico o la manera de medir correctamente el envejecimiento exitoso (Ann Bowling & Iliffe, 2006; Depp & Jeste, 2006; Fernández-

Ballesteros, 2009; Marsillas, 2016; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, et al., 2010; Strawbridge et al., 2002). Además, la heterogeneidad de resultados sugiere fuertemente la multidimensionalidad del concepto y, por consiguiente, la dificultad para categorizar el envejecimiento habitual –por no llamarlo “*normal*”- versus el envejecimiento exitoso. Aunque la mayoría de las definiciones revelan un enfoque biomédico, los estudios usan cada vez más distintos componentes y variables psicosociales. Esta falta de coherencia en la definición es una debilidad fundamental de la investigación del envejecimiento con éxito (Cosco, Prina, Perales, Stephan, & Brayne, 2014).

3.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

John Beard, experto en envejecimiento de la OMS, entiende que favorecer el envejecimiento activo, es clave en una sociedad en la que cada vez hay más personas mayores, y en la que los cambios sociales y tecnológicos, avanzan a velocidades vertiginosas (Beard, Officer, & Cassels, 2016). Esto obliga a que dicha sociedad rehaga el concepto de vejez activa como un factor unificador social. La vejez activa no es más que una forma de hacernos mayores, una forma en la que optimizamos nuestra conducta personal y social.

El problema que se plantea ante el envejecimiento activo viene determinado por la propia sociedad, y es que la imagen que las sociedades

industrializadas han impuesto sobre la vejez, es una imagen social de no productividad de las personas jubiladas al considerarlos más como no trabajadores, que como personas que deben estar presentes en la realidad social y a las cuales se les vincula con el ocio y no con la productividad. Así, mientras la sociedad en general perpetúa una imagen caduca de los mayores, ellos se ven a sí mismos no como viejos, en el sentido peyorativo que algunos dan al término, sino como personas con ganas de disfrutar de su tiempo libre y exigiendo unas mayores cuotas de participación en la vida social.

La promoción del envejecimiento activo ha sido objeto de numerosas publicaciones científicas. Se ha convertido en el centro de atención de organismos como la OMS (Beard et al., 2016), la Comisión Europea (European Commission, 2013; Foster & Walker, 2015), la OCDE (OECD, 2009) y el Banco Mundial (Bussolo, Koettl, & Sinnott, 2015). Diferentes autores, basándose en los tres pilares del envejecimiento activo han querido encontrar el modo de evaluar el envejecimiento activo. Conseguir un mismo modo de operacionalizar el envejecimiento activo permitiría llegar a un consenso, permitiría analizar necesidades y recursos, realizar estudios epidemiológicos, servir de base para la elaboración e implementación de intervenciones y políticas, y evaluar el alcance y eficacia de las mismas.

En general, los instrumentos para medir el envejecimiento activo se agrupan en tres grandes categorías: índices sintéticos, indicadores

subjetivos e indicadores objetivos (Rodríguez Rodríguez, 2014).

Los índices sintéticos, integran indicadores y medidas y permiten la comparabilidad y la priorización de intervenciones. Por ejemplo, *Índice de Envejecimiento Saludable (Healthy Aging Index, HAI)* de Sanders et al. (2013) (medidas biológicas como la presión arterial, la capacidad pulmonar, etc. y una escala de estado cognitivo, el *Mini-Mental Status Examination, MMSE*) para producir un indicador con rango de 0 (saludable) a 10 (no saludable). O también el *Índice de Envejecimiento con Éxito (Successful Aging Index, SAI)* de Cosco, Stephan, & Brayne (2015), con medidas de salud autopercebida, estado funcional y cognitivo y apoyo social. Los índices sintéticos más completos y complejos son el *Índice de Envejecimiento Activo (Active Ageing Index, AAI)* (UNECE, 2012) y el *Índice Global de Envejecimiento (Global AgeWatch Index)*, de HelpAge International ((HelpAge International, 2014)).

Tabla 1 Índices sintéticos de evaluación del envejecimiento activo

Índice	Dominios de evaluación	Referencia
Índice de Envejecimiento Saludable (<i>Healthy Aging Index</i> , HAI)	medidas biológicas como la presión arterial, la capacidad pulmonar, etc. estado cognitivo (<i>Mini-Mental Status Examination</i> , MMSE)	(Sanders et al., 2013)
Índice de Envejecimiento con Éxito (<i>Successful Aging Index</i> , SAI)	salud autopercebida estado funcional estado cognitivo apoyo social	(Cosco et al., 2015)
Índice de Envejecimiento Activo (<i>Active Ageing Index Project</i> , AAI), de United Nations Economic Commission for Europe	Tasa de empleo (desde 55 años en adelante) Participación social (actividades voluntarias, cuidado de hijos y nietos, de personas mayores, participación política) Independencia, salud, seguridad y vida independiente (ejercicio físico, acceso a servicios de salud, vida independiente, seguridad económica) Entorno (bienestar cognitivo, conexión social, uso de TICs)	(UNECE, 2012)
Índice Global de Envejecimiento (<i>Global AgeWatch Index</i>)	Estado de salud (esperanza de vida a los 60 años, esperanza de vida con salud a los 60 años, bienestar psicológico) Capacidad (empleo y nivel educativo de las personas mayores) Seguridad en las pensiones (cobertura, tasa de pobreza en las personas mayores) Entornos facilitadores (conexión social, seguridad física, libertades, acceso al transporte público)	(HelpAge International, 2014)

El Índice de Envejecimiento Activo elaborado por la UNECE (UNECE, 2012), se presentó en Viena durante la celebración del décimo aniversario de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid y del Año Europeo del Envejecimiento Activo de la Solidaridad entre las Generaciones. Es un instrumento basado en la definición de envejecimiento activo de la OMS y que sirve para evaluar las condiciones

vitales, económicas o de participación social que pueden ayudar al envejecimiento activo de los países que permítala comparación entre los 27 países de la Unión Europea.

Se compone de cuatro dominios (empleo, actividad social y participación, modo de vida autónomo e independiente, capacitación y entorno ambiental) orientados hacia la medición del envejecimiento activo, que producen 22 indicadores generales (véase Figura 4), de carácter objetivo medidos en sentido positivo. La construcción de cada dominio y del índice general se hace por agregación ponderada de cada indicador en cada dominio y de todos los dominios en el índice general, de manera que son comparables entre sí.

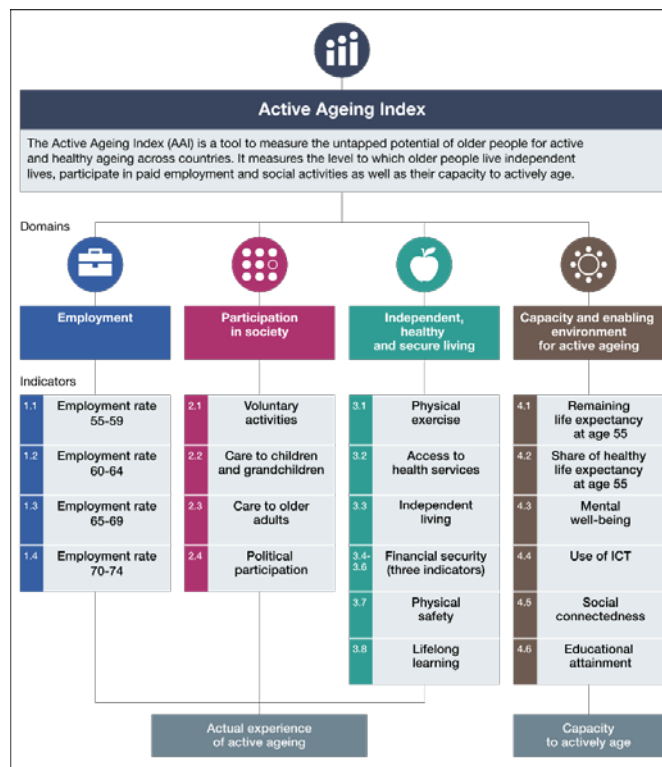


Figura 4 Índice de Envejecimiento Activo (UNECE, 2012)

El Global AgeWatch Index de HelpAge International (2014), es también un índice de carácter sintético, que permite la comparación entre países y la utilización de datos estadísticos nacionales. Ha sido inspirado por el IDH de Naciones Unidas y el AAI de UNECE para proporcionar una estructura de datos fiables y comparables a escala internacional (estados), adecuada para medir el bienestar económico y social de la población mayor. Está compuesto el índice por cuatro dimensiones: seguridad económica, salud, empleo y educación, y entorno ambiental. Las dos primeras entroncan con la calidad de vida de las personas, las dos segundas con capacidades de las personas y de la comunidad en la que residen. El índice está compuesto por trece indicadores (Figura 5).

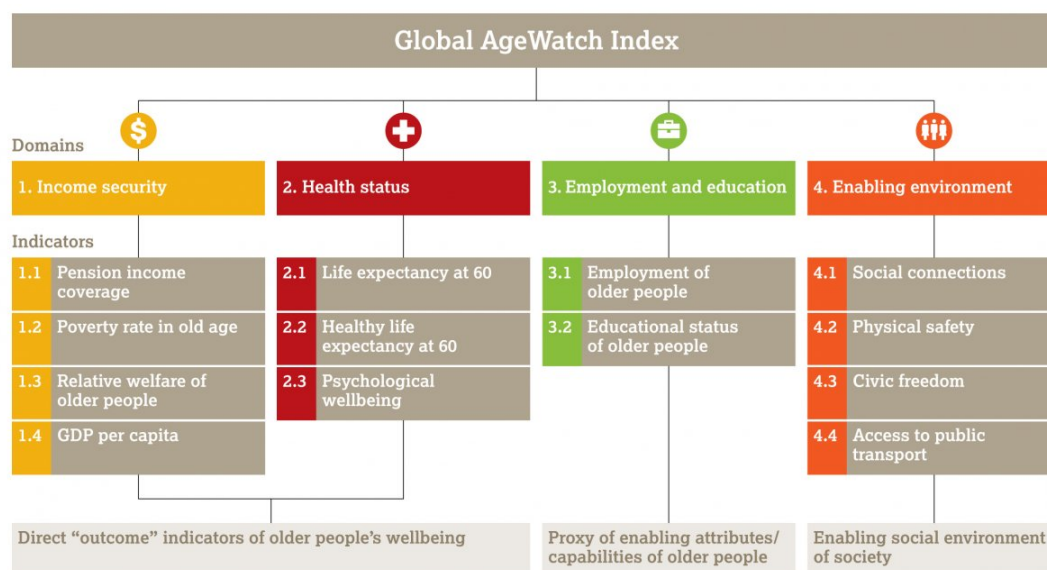


Figura 5 GlobalAge Watch Index (HelpAge International, 2014)

Los indicadores subjetivos, que son medidas de salud percibida (*patient-reported outcomes*), que incluyen (no exclusivamente) síntomas, funcionalidad, percepción de salud, calidad de vida relacionada con la

salud y satisfacción con el tratamiento incluyen información sobre el estado de salud, enfermedad y tratamiento. En el ámbito del envejecimiento activo, estas medidas se han utilizado sobre todo en la evaluación de la actividad física, las actividades de ocio y tiempo libre y el bienestar emocional y la calidad de vida. La calidad de vida es un concepto ampliamente estudiado en relación al envejecimiento activo y para el que se dispone de una amplia variedad de instrumentos de evaluación (Tabla 2).

Tabla 2 Medidas de calidad de vida más utilizadas en la evaluación del envejecimiento activo

Short Form Health Survey (SF36, SF12)
EuroQoL Scale (EQ-5D)
World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL, WHOQOL-OLD)
Personal Wellbeing Index (PWI)
Life Satisfaction Index A (LSI-A)
Quality of Life Index (QLI)
The Quality of Life- Alzheimer's Disease (QoL-AD)
Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL)

Con respecto a los indicadores objetivos se han agrupado diferentes técnicas de medida para recoger aspectos fisiológicos y biológicos del proceso de envejecer: estilo de vida, estado cognitivo, estado funcional, actividad física, comorbilidad, capacidad pulmonar, fuerza, velocidad de la marcha, sensores de actividad física y movimiento como pulsómetros y pulseras de actividad con información básica sobre patrones de actividad física y sueño, complejos sistemas que combinan

diferentes tecnologías de la comunicación, redes y dispositivos de vigilancia y monitorización (Tabla 3).

Tabla 3 Indicadores objetivos para medir el envejecimiento activo

<i>Estado de salud/comorbilidad</i>	Medidas de fuerza, capacidad pulmonar, velocidad de la marcha Índice de masa corporal, escala geriátrica de enfermedades crónicas, Índice de Charlson
<i>Estado cognitivo</i>	Test de Pfeiffer MMSE
<i>Estado funcional/participación social</i>	Actividades instrumentales de la vida diaria, Escala de Independencia Funcional, Escala de discapacidad de la OMS (WHODAS)
<i>Actividad física</i>	Sensores de actividad física y movimiento
<i>Situación socioeconómica, entorno, recursos y estilos de vida</i>	

La OMS definió en 2002 (World Health Organization, 2002) el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Posteriormente, en su versión de 2015 (World Health Organization, 2015b), se añadió el aprendizaje a lo largo de la vida (lifelong learning) como el cuarto pilar del envejecimiento activo. De esta manera, salud, participación, seguridad y aprendizaje son los pilares o áreas clave para la acción estratégica en envejecimiento activo. Por esta razón, hablaremos de lifelong learning en el siguiente capítulo.

4 LIFELONG LEARNING

En una sociedad en continuo cambio como la nuestra, la sociedad del conocimiento, encontramos dificultades de adaptación para todos los grupos, pero más para aquellos de mayor edad. Por eso, hablar de cultura es hablar de un proceso permanente de integración, entendiendo cultura, como un proceso global que abarca la vida del ser humano en toda su extensión, como factor decisivo de cambio. Mediante el acercamiento de la cultura a las personas mayores se trata de establecer un proceso que genere en nuestra sociedad, de manera indirecta y en las personas mayores, de manera directa, una mayor conciencia participativa, que despierte en la persona potencialidades y capacidades; la posibilidad de sentirse creador al desarrollar las facultades intelectuales y psicológicas; una serie de expectativas y necesidades culturales nuevas; un cambio de actitud frente a la realidad, al percibirla con una mirada distinta de lo habitual y al vivirla en los acontecimientos sociales; un descubrimiento de la posibilidad de encuentro con los otros al vivir la experiencia de la comunicación y de la acción solidaria en la tarea cultural comunitaria; la mejora de la autoestima y de la confianza en uno mismo a través de la expresión y la creatividad. Es un proceso constante de información, formación, análisis y superación de la propia realidad. Imaginar, comparar y reflexionar es uno de sus efectos, mentes abiertas, críticas y libres, son sus resultados. La cultura es un proceso de acción permanente, que posibilita aumentar el saber, cultivar los sentidos; encontrar la

significación de lo nuevo; enriquecerse con el diálogo y la confrontación; fomentar la creatividad.

Según el *Informe Delors*, “*La educación encierra un tesoro*”, la educación ocupa un lugar cada vez mayor en la vida de los individuos:

La división tradicional de la existencia de periodos claramente separados –la infancia y la juventud, dedicadas a la educación escolar; la edad adulta consagrada a la actividad profesional, y el periodo de la jubilación- ha dejado de corresponder a las realidades de la vida contemporánea y se ajusta aún menos a los imperativos del futuro. Nadie puede esperar hoy que el acervo de conocimientos constituido en la juventud baste para toda la vida, pues la rápida evolución del mundo exige una actualización permanente del saber... Por otra parte, el acortamiento del periodo de actividad profesional, la disminución del volumen total de horas de trabajo remuneradas y la prolongación de la vida después de la jubilación aumentan el tiempo disponible para otras actividades. (Delors, 1996, p. 111)

Ese proceso de estar en contacto continuo con la cultura, deriva en el concepto de educación a lo largo de toda la vida, concepto que va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y educación permanente, y coincide más con el concepto de sociedad educativa, según la cual todo puede ser ocasión para aprender y desarrollar las capacidades del individuo.

En la educación se encuentra la clave para el desarrollo de las personas y las sociedades, de ahí que se estén realizando esfuerzos para considerarla factor decisivo para la sociedad del conocimiento y de la

cultura, factor básico para igualar las oportunidades y propiciar la cohesión social; elemento esencial para construir comunidad, y para generar calidad de vida.

Se puede afirmar que la educación a lo largo de la vida es una conquista del mundo actual, pues surge como fruto de la necesidad de responder a los desafíos de un contexto social y económico cambiante y considerablemente complejo. Aunque sus antecedentes pueden remontarse en el tiempo, comienza a tener relevancia práctica como principio activo en los proyectos de reforma educativa en distintos países desde la segunda mitad del siglo XX, cuando desde el informe de Faure et al. (2002), *Aprender a ser*, se retoma la crítica de los años sesenta a la educación formal hecha por Paulo Freire, Everett Reimer y otros, quienes promovían que la educación dejara de ser el privilegio de una élite o un asunto de un único grupo de edad. En cambio, debería ser, a la vez, universal y permanente.

La educación permanente se hace cada vez más necesaria, y es que como tal se ha desarrollado de forma muy diversa en diferentes países. Siempre han existido estructuras informales educativas a lo largo de la vida, pues el propio devenir y la participación en tareas comunitarias comportan un continuo aprendizaje. Asimismo, la transmisión de cultura de una generación a otra y la participación popular en la cultura tradicional, conducen inevitablemente a formas y medios de aprendizaje que exceden con mucho, el limitado espacio de la educación formal hasta

abarcar prácticamente la integridad de la vida. Véase como ejemplo los maestros y aprendices en cualquier oficio manual.

Intentar justificar la necesidad de educación a lo largo de la vida en un mundo en que lo único estable es el cambio, puede resultar innecesario. Todos experimentamos la necesidad de una renovación constante si no queremos caer en la “obsolescencia” cultural. De hecho, sendos libros blancos de *la Comisión de las Comunidades Europeas* (Comisión Europea, 1995; European Commission, 1996) destacan los tres factores a los que se enfrenta el mundo: la sociedad de la información; la mundialización de la economía y el acelerado desarrollo de conocimientos científicos; y la producción y difusión rápida de los objetos técnicos.

Por ello, la educación permanente se ha convertido no sólo en exigencia sino en necesidad ineludible para vivir en una sociedad dinámica con desafíos insospechados, y se multiplican los argumentos que ponen de relieve la necesidad de aprender a lo largo de la vida.

4.1. LIFELONG LEARNING PROGRAMMES (LLL)

El *Lifelong Learning Programme* se diseñó con el objetivo de ayudar a las personas a lo largo de su ciclo vital a formar parte de experiencias de aprendizaje estimulantes y desarrollar programas educativos y formativos en toda la Unión Europea. Forman parte del LLL los programas Comenius (escuelas de primaria y secundaria), Leonardo da Vinci (ciclos formativos), Erasmus (educación superior), Grundtvig (para

la educación de adultos) y las acciones Jean Monnet -para estimular el debate sobre la Unión Europea.

En este marco de LLL, los Programas Universitarios para Personas Mayores desempeñan un importante papel en la promoción y desarrollo del envejecimiento activo. Esta reflexión se abordó en la Jornada “La Formación Permanente en la Estrategia Europea”, celebrada en 2007 en Madrid, donde afirmó que los programas de formación universitaria son un medio de intervención eficaz para prevenir situaciones de dependencia y un elemento clave en la potenciación de un envejecimiento activo y saludable, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Para el desarrollo de los programas de envejecimiento activo es necesario el apoyo de una amplia gama de políticas en todos los niveles de gobierno: internacional, nacional, regional y local. La organización de Conferencias y Asambleas ha impulsado su desarrollo y la expansión del aprendizaje a lo largo de la vida; es un elemento esencial para lograr el envejecimiento activo.

En la I Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982 se reconoció por primera vez, la importancia del desarrollo de la educación durante el envejecimiento para obtener una mejor calidad de vida: tanto a partir de actuaciones preventivas como en la promoción de programas que ayuden a mejorar la situación de las personas ya jubiladas desde la acción cultural y social y también las actuaciones encaminadas a

educar a la sociedad en relación a las personas mayores y al envejecimiento.

La II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002 llevó por lema “Una sociedad para todas las edades” y su propósito fue guiar la formulación de políticas para lograr durante toda la vida y en toda la sociedad el ajuste social, cultural y económico a un mundo que envejece. Merece la pena destacar que en la Orientación Prioritaria I (Cuestión 4) se señala la importancia de la formación y educación en la vejez.

En la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento celebrada en Viena en 2012, bajo el lema “Garantizar una sociedad para todas las edades: la promoción de la calidad de vida y el envejecimiento activo”, se reiteró la importancia de la promoción del aprendizaje a lo largo de la vida para desarrollar el potencial de las personas mayores. El documento resumen se denominó Declaración Ministerial de Viena 2012 y recoge ideas como: promover la participación, la no discriminación y la inclusión social de las personas mayores; creación de un entorno saludable para la salud, la independencia y el envejecimiento digno; impulso del diálogo y la solidaridad entre generaciones: responsabilidad compartida; promoción de la extensión de la vida laboral y mantenimiento de la empleabilidad.

Estas reuniones ministeriales han generado el desarrollo de muchos programas socioeducativos (Jiménez Palmero, Palmero Cámara, & Jiménez Eguizábal, 2012), entre los cuales destacan los Programas

Universitarios para Mayores, que hacen posible el deseo de aprender a lo largo de la vida a la vez que proporcionan a las personas mayores una actividad socialmente relevante que les permita adaptarse a las exigencias de la sociedad científica y tecnológica actual.

4.2. LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS PARA MAYORES (PUM)

Bajo la denominación de Programas Universitarios para Mayores, se recogen en general una serie de actividades de formación y educación, en las que participa la universidad y que están dirigidas a personas mayores. Podemos enumerar un pequeño conjunto de rasgos que, con variaciones, caracterizan a los programas universitarios para mayores: Son actividades educativas en las que participa, en mayor o menor grado, la Universidad.

Los objetivos generales de los programas giran en torno a cuestiones de realización personal e integración social de las personas mayores. Claramente, la orientación al empleo no es lo prioritario; Son programas de intervención socioeducativa dirigidos a personas adultas mayores por el mero hecho de serlo, sin pretender otro tipo de selección a priori de las personas participantes. Por tanto, no se requiere titulación alguna para acceder a ellos, se parte del supuesto de que aprender es posible siempre, con independencia de la edad y de cualquier tipo de condición social. La capacidad de aprendizaje sólo desaparece con la vida. Sin embargo, a lo largo de los últimos siglos, gran parte de la educación que las personas venimos recibiendo ha ido convirtiéndose en

responsabilidad de instituciones especializadas que orientan sus objetivos principalmente al mercado de trabajo. En relación con ello, las instituciones educativas han estado exclusiva o preferentemente destinadas a la infancia y la juventud y continúan estándolo actualmente.

En España, actualmente, la designación de Programas Universitarios para Mayores tiende a referirse exclusivamente a los programas diseñados y desarrollados por las universidades, representando la universidad la referencia más importante de los saberes más valiosos y respetables.

De cara a la creación de Programas Universitarios para Personas Mayores en Europa, fueron decisivos los primeros años de la década de los setenta. Desde la primera propuesta que se realizó en Toulouse (Francia) en 1973 bajo la dirección del profesor Pierre Vellas, los Programas Universitarios dirigidos a Personas Mayores no han dejado de proliferar en toda Europa (Alfageme & Cabedo, 2006; Lemieux, 1997; Sánchez Martínez, 1998; Touza, Orte, & Ballester, 2004; Velázquez Clavijo & Fernández Portero, 1998; Yenerall, 2003). El proceso de envejecimiento demográfico en que nos encontramos inmersos y las características sociales de las personas que vienen alcanzando edades avanzadas son algunos de los principales factores que explican este fenómeno.

En 1975, tuvo lugar en Toulouse la fundación de la Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad ([AIUTA](#)), con el

objetivo de favorecer la creación y el desarrollo de las Universidades para Mayores en el mundo.

Al margen de las especificidades propias de diferentes entornos sociales, los Programas Universitarios para Mayores mantienen como objetivo principal el de contribuir y potenciar, mediante la formación académica, la calidad de vida. Desde sus orígenes, se perfila ya una tipología que, con variaciones, va a perdurar hasta nuestros días (Montoro Rodríguez, Pinazo Hernandis, & Tortosa Chuliá, 2007):

Un primer modelo, modelo francés (el que corresponde más propiamente a la denominación de Programas Universitarios para Mayores) es el que se ha venido desarrollando bajo la tutela de las universidades convencionales, como una proyección social de su actividad. Nos referimos a éste como el modelo formal. Esta parece ser la forma más presente, con variaciones, en la mayor parte de Europa (Francia, Italia, Alemania y España entre otros países). Basado en programas desarrollados y diseñados por las universidades, estructurados, generalmente, aunque no siempre, en cursos académicos y contabilizados con créditos.. El modelo francés enfatiza la importancia de que el aprendizaje se produzca en las Universidades donde la investigación y la enseñanza están combinadas y en instituciones donde la educación está conectada con metodologías específicas y con teorías del aprendizaje. Entre sus fines destaca la importancia de la integración de las personas

mayores en el campus universitario y su relación con los jóvenes, de modo que favorezca el intercambio y enriquecimiento intergeneracional.

En segundo lugar, el modelo británico, que acumula también notable tradición. El modelo tuvo su origen en Gran Bretaña en los ochenta. También llamado modelo de Cambridge (*Open University*): basado en programas asociados a los Ayuntamientos o Municipios, y que ofrecen un amplio abanico de actividades educativas y culturales, promueven la participación de los adultos y cuentan con voluntarios para organizar y gestionar el programa. Los objetivos de este modelo se centran en la capacitación y fortalecimiento de la participación y empoderamiento de los mayores en los procesos de toma de decisiones colectivas. Este tipo de programas está más extendido en Inglaterra, EE.UU., Canadá y Australia. Los *Learning in Retirement* (creados en 1962), por ejemplo, se han establecido en más de 200 universidades de los EE.UU. y Canadá, proporcionando a los mayores de 50 años la oportunidad de seguir enseñanzas universitarias sin la obtención de créditos. Los planes de estudio son diseñados y dirigidos por miembros de la organización y estimulan la participación activa de sus miembros. Este modelo es menos formal y se desarrolla principalmente a partir de la iniciativa de las propias personas mayores, tomando característicamente la forma de grupos de debate. Encarna una larga tradición de voluntariado y ayuda mutua y, también con variaciones y a parte de su presencia dominante en Gran Bretaña, podría estar bastante más extendido en Norteamérica que en Europa

En tercer lugar, un modelo mixto. El modelo mixto o programa híbrido: incorpora aspectos de los dos modelos anteriores, esto es, recibe apoyo institucional desde la universidad al tiempo que realiza actividades comunitarias y acciones para promover el aprendizaje y participación de los adultos. Este tipo de programas se origina en Finlandia y está vigente en varios países europeos.

En España, la institución universitaria, especialmente a lo largo de la última década, viene erigiéndose como una protagonista importante del desarrollo de programas educativos para personas mayores, a través, sobre todo, de programas formales, y bajo distintas denominaciones (Universidad de la Experiencia, Universidad de la Tercera Edad, Universidad para Mayores, Aula Permanente, Cuarto Ciclo, etc.). Fueron pioneras, en los primeros años de la década de los noventa, las universidades de Alcalá de Henares (1992), Salamanca (1993) y Granada (1994), entre otras.

Por su parte, en algunos lugares, especialmente en Cataluña, las antiguas Aulas para Mayores (cuya organización no arranca de las Universidades, sino de asociaciones, comunidades o Ayuntamientos) han buscado y encontrado la tutela universitaria de sus programas educativos, ya desde la década de los ochenta. Estas actividades parten en mayor medida de las necesidades de las personas mayores a escala local.

En el año 1996, tuvo lugar en Granada el I Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores (Guirao & Sánchez, 1998)..

Desde entonces, se celebran anualmente en España este tipo de reuniones, en las que participan, entre otras, las personas responsables de la gestión de los Programas Universitarios para Mayores. Se viene poniendo de manifiesto, entre otras cosas, la necesidad de que la institución universitaria haga suyo, definitiva y explícitamente, el objetivo de la educación de personas mayores. Al mismo tiempo y no sin dificultades, se viene perfilando un modelo de Programa Universitario para Mayores, estructurado en cursos académicos. Los objetivos del VI Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores, celebrado en Alicante en 2002, por ejemplo, se centraron en el diseño de modelos marco de Programas Universitarios para Mayores (Bru, 2002), mientras que los del VII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores, celebrado en Madrid en 2003, giraron en torno a las políticas educativas y sociales, la financiación de los programas y la proyección social de las personas mayores (Lorenzo, 2003). Los encuentros nacionales se han ido celebrando y en 2017 el lema será “Los Programas Universitarios para Mayores como elemento estratégico en la formación para toda la vida” abordando temas como la Educación Permanente en el ámbito universitario; la internacionalización y participación; y la responsabilidad social en el ámbito universitario de los Programas de Mayores (Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores, 2017).

Los contenidos educativos más característicos de los Programas Universitarios para Mayores son las Humanidades –Arte, Literatura, Historia, Filosofía, seguidos por otras enseñanzas relacionadas con la

Salud y con las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. Una fuente de diferencias considerables en cuanto a la estructura de los programas, entre unas y otras universidades, es el grado de optatividad que permiten la elección de las asignaturas, conjuntos de ellas o cursos completos (Touza et al., 2004).

La expansión de los programas universitarios para mayores es, en definitiva, un auténtico fenómeno social. Hoy, la inmensa mayoría de las universidades públicas españolas, y muchas privadas, cuentan con su propio programa educativo para personas mayores. Los programas universitarios se abren a personas mayores de 50 o 55 años que, sin ningún otro requisito en cuanto a titulación oficial, eligen adquirir los conocimientos ofertados por la Universidad. Actualmente, son más de 30.000 las personas mayores matriculadas en los programas universitarios para mayores de España.

La denominación de Programas Universitarios para Mayores hace referencia a las ofertas educativas organizadas por las universidades y que se encuentran en sintonía con las propuestas realizadas por la Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea (European Commission, 2001) en sus orientaciones sobre el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Al margen de las distintas posibilidades de aprendizaje informal a lo largo de la vida, la Comisión distingue dos grandes modalidades de programas educativos:

Programas formales: organizados por instituciones educativas especializadas;

Programas no formales: que con intención de educar y con cierta estructura, no parten de las universidades ni de otros centros educativos o de formación, sino de grupos de personas e instituciones no especializadas.

Atendiendo conjuntamente a la dimensión temporal de la organización, por una parte, y a las posibilidades de elegir contenidos, por otra, encontramos dos tipos de Programas Universitarios para Mayores:

La mayoría (el 75%, aproximadamente) están organizadas en cursos académicos convencionales (tres cursos, generalmente, con independencia de que se añada o no un segundo ciclo), que deben ser cumplimentados, con pocas posibilidades de variación u optatividad, por el alumnado;

El resto (un 25%, aproximadamente) proponen desde el principio una serie de itinerarios, módulos o conjuntos temáticos, entre los cuales el alumnado puede elegir, con más o menos flexibilidad según los casos, si bien las sesiones se distribuyen también dentro del calendario académico convencional.

Centrándonos en los programas formales, ya que es en estos en los cuales se basa la investigación, nuestra atención se dirige al programa conocido como Universitat dels Majors (UniSocietat-Unimajors), que se origina a partir de la presencia de la Universidad de Valencia en Gandía

y como extensión a las comarcas del Programa de Universidad de Mayores de la Universidad de Valencia.

El programa Universitat dels Majors refleja el primer modelo de programa, caracterizándose por una organización temporal de cinco cursos divididos en dos ciclos. En concreto, se trata de un programa de 600 horas, distribuidas en tres cursos académicos de 200 horas cada uno. Cada curso se distribuye en dos cuatrimestres y en cada uno de ellos se imparten dos asignaturas troncales, de modo que al terminar el curso cada alumno ha cursado un total de cuatro asignaturas de contenido variado en el ámbito de las Humanidades.

La preocupación de los educadores por estudiar los motivos de los mayores para participar en programas educativos está presente desde el inicio de estos programas universitarios y continúa con las investigaciones actuales. Los resultados de estos estudios han identificado y clasificado diversos motivos por los que los mayores están interesados en participar en estos programas. Además, se han confeccionado escalas de medición sobre las motivaciones, como la *Education Participation Scale*, desarrollada por Boshier (1971) según la tipología de Houle (1961) y revisada posteriormente por Boshier (1991) en la *Boshier's Education Participation Scale*, EPS A-Form.

Muchos estudios sugieren que las motivaciones más importantes para el aprendizaje son los intereses de tipo cognitivo (curiosidad intelectual, por ejemplo) y de adquisición de conocimiento (deseo de

aprender, por ejemplo). Otras motivaciones importantes son el crecimiento personal y la satisfacción, el enriquecimiento, el placer, el disfrute, el sentimiento de realización, el contacto social y el aumento de las relaciones interpersonales (Furst & Steele, 1986; Scala, 1996). Los diversos estudios realizados en USA también destacan el interés cognitivo o la curiosidad intelectual y el deseo de aprender como las motivaciones primordiales, seguidas del desarrollo personal y la autosatisfacción, así como el desarrollo de relaciones o contactos sociales. Igualmente, Yuni Borthelle (1999) encuentra motivos similares, entre los que destacan: la curiosidad, el aprender para alcanzar metas, el readaptarse emocionalmente o el mantenimiento de un buen estado físico y mental.

Los resultados indican que los estudiantes no aluden a un solo motivo. Las motivaciones posibles son numerosas y se refieren a múltiples dimensiones. En el caso del trabajo realizado por Pinazo y Montoro en la Universidad de Valencia (Montoro Rodríguez et al., 2007), las principales son la curiosidad intelectual, el seguir estando activo, el mantener e incrementar las relaciones sociales y la mejora de la calidad de vida. Los resultados de las motivaciones coinciden y confirman igualmente los estudios previos, que indican de forma casi uniforme que las razones para participar en un programa universitario para mayores son básicamente de dos tipos: cognitivo y social.

Es importante resaltar el rol que desempeñan estos programas en lo que se refiere a la creación de nuevas redes sociales y al aumento de su

complejidad, esto último directamente relacionado con un mayor funcionamiento cognitivo en la vejez (Ellwardt, Aartsen, Van Tilburg, & Aartsen, 2015).

Además, no hay que olvidar la importancia del apoyo social en los aspectos positivos relacionado con el crecimiento y florecimiento personal, compuesto por el bienestar hedónico, eudaimónico, psicológico, social y físico (Feeney & Collins, 2014). Estas autoras proponen un modelo teórico que incluye el apoyo ante las adversidades que se presentan en la vida y también ante las oportunidades que ofrece.

Por este beneficio de apoyo social y participación que suponen los programas de Lifelong Learning, en el siguiente capítulo hablaremos del apoyo social.

5 EL APOYO SOCIAL

Un aspecto fundamental de la vida de las personas es la relación que mantienen con otras personas. A medida que nos hacemos mayores cambian las relaciones y algunas figuras sociales (pareja, hijos, nietos, amigos, etc.) tienen un papel específico en la vida de las personas mayores.

Como ya dijimos en un capítulo anterior, al hablar de cambios en la actividad y las relaciones sociales durante el proceso de envejecimiento nos encontramos con dos teorías que han servido de referencia durante el último medio siglo: la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad. El punto de partida de ambas es el mismo: algunos de los cambios asociados a la vejez, algunas de sus tareas evolutivas y roles característicos parecen implicar una progresiva reducción de la actividad social como consecuencia de las pérdidas, entre estas se encuentran: la jubilación (por la pérdida del rol de trabajador/a), la viudedad (asociado a la pérdida del rol de esposo/a), la independencia de los hijos (por los cambios en el rol de padre/madre, nido vacío), pérdida de autonomía (por la mayor probabilidad de discapacidades físicas que provoquen falta de movilidad), pérdida de relación con los amigos (por la muerte de los integrantes de la red de relaciones o por institucionalización).

La *Teoría de la Desvinculación* entiende la reducción de la actividad social como un proceso natural, universal y adaptativo, ya que prepara al individuo para la desvinculación última: la muerte o la

dependencia. Esta reducción viene provocada por la confluencia de intereses tanto de la sociedad como del propio individuo. Por una parte, la sociedad libera al individuo de una serie de roles y responsabilidades sociales y aquí destaca en primer lugar el papel del trabajo y, por otra parte, parece que son las mismas personas quienes buscan activamente esta desimplicación, prefiriendo dedicar su tiempo y energías restantes a sí mismos. Así, la desvinculación es resultado de una progresión simbólica hacia la muerte y la pérdida de actividad y relaciones sociales se une indisolublemente al envejecimiento.

Por otro lado, la *Teoría de la Actividad* (Havighurst, 1963) entiende que el ajuste de la persona a la vejez se alcanza a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de años anteriores, y un envejecimiento con éxito se lograría a partir de los esfuerzos por continuar estando implicado y activo socialmente. Se favorecerá la salud psicológica si se reemplazan los roles y apoyos sociales perdidos por otros nuevos, ya que es precisamente la implicación satisfactoria en roles lo que apuntala el autoconcepto y la autoestima de la persona.

Según Carstensen (1993) el descenso en los contactos sociales a medida que envejecemos es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más accesorios, más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen básicamente intactas con la edad. (Carstensen, 1992b) estudió la frecuencia de contacto con diversas figuras

sociales y comprobó cómo las reducciones de contacto con conocidos eran ya apreciables de manera bastante temprana en la adultez, mientras que no se apreció reducción alguna en las relaciones con otras figuras con las que se tenía un contacto y una relación afectiva estrecha (p.ej., los padres, la pareja, etc.). Esta tendencia a seleccionar los contactos sociales especialmente estrechos, descartando los más superficiales, parece iniciarse ya en la mediana edad, lo que hace difícil que este descenso pueda ser interpretado como un déficit propio de la vejez, asociado al envejecimiento (Villar, 2005). De acuerdo con los estudios de Carstensen, entre las personas mayores es especialmente importante el aspecto emocional de las relaciones, esto es, el deseo de recibir apoyo emocional y de regulación de los sentimientos, de manera que los otros nos ayuden a sentirnos bien y a evitar estados emocionales negativos. De este modo, en el momento de seleccionar personas con las que mantener contacto, las personas mayores buscan aquellas que pueden proporcionar satisfacciones emocionales con una probabilidad mayor, es decir, las que ya son conocidas y con las que ya existía una relación estrecha. Las nuevas relaciones, los nuevos contactos o las relaciones más superficiales, son descartados a medida que la persona envejece, disminuyen los recursos y la energía y, sobre todo, el futuro se percibe como algo limitado. En resumen, conforme uno envejece se produce una disminución de contactos, pero se trata de una disminución altamente selectiva: se sacrifican los contactos más superficiales y se intenta mantener aquellos más cercanos,

los que proporcionan mayor recompensa emocional (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999).

5.1. APOYO SOCIAL

El concepto de apoyo social abarca por una parte las características estructurales de la red social, es decir el contexto social en el que se dan las interacciones sociales y, por otra parte, los aspectos funcionales de las relaciones entre los miembros de la red, como el intercambio de recursos, información, bienes y servicios o el intercambio de afecto (Fernández-Ballesteros, 2002).

Kahn y Antonucci (1980) definieron el apoyo social como: "...las interacciones interpersonales que incluyen uno o más de los siguientes elementos-clave: afecto, afirmación y ayuda" (p. 267). De esta manera, el apoyo social puede manifestarse cuando una persona expresa admiración, respeto o amor hacia la otra (afecto), cuando demuestra que está de acuerdo con ella, que sus actos u opiniones son correctas (afirmación), o también cuando se le ofrece algún tipo de ayuda, sea material, económica o información sobre algo (ayuda).

Desde la perspectiva estructural se distingue entre apoyo social formal y apoyo social informal. La distinción entre apoyo social formal e informal es importante para comprender las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar psicosocial de las personas, así como de la forma en que interactúan.

El apoyo social informal son los cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades necesarias para la vida independiente y que no son dispensados por profesionales dependientes de los servicios socio sanitarios organizados. Son los cuidados que prestan familiares, amigos y vecinos. Según datos del estudio de Abellán García et al. (2017), un 69,2% de las mujeres y un 78% de los hombres mayores en situación de dependencia son atendidos por familiares.

El apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento satisfactorio (Rowe & Kahn, 1997). Se entiende por apoyo social aquella red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y alimento emocional. El apoyo social es un facilitador de las conductas de promoción de salud pues disminuye el impacto de los acontecimientos vitales estresantes y, además, amortigua sus efectos negativos. Las personas mayores que participan en redes sociales de manera activa y que reciben apoyo social informal tienen mejor salud física y mental que aquellos que están menos conectados o implicados en la vida de otros (Krause, 1990; Minkler, 1985). El apoyo social informal está asociado con un bajo riesgo de mortalidad y morbilidad. Es la familia la fuente de ayuda y apoyo social informal más importante para todos, pero especialmente para la población mayor más dependiente y necesitada. Las relaciones familiares tienen una naturaleza personal, íntima y emocional, además de ser duraderas e implicar a las personas en una gran variedad de roles, lo que les permite expresarse y comunicarse abiertamente sobre diversos

temas. La mayoría de las personas mayores mantiene un contacto frecuente con la familia de la que recibe y a la que proporciona apoyo y diversos servicios. Las dos terceras partes de las personas mayores mantienen contactos cotidianos con amigos o parientes (Pérez, 2003). Las redes sociales refuerzan los sentimientos de pertenencia, reducen el aislamiento y refuerzan el significado y sentido de la vida para los mayores (Domingues et al., 2013)

Según datos del *European Quality of Life Survey* (Eurofund, 2016), la frecuencia de contactos entre las distintas generaciones de una familia es una de las medidas de apoyo social. Los contactos que mantienen las personas mayores con otros grupos de edad varían mucho de unos países a otros, siendo más frecuentes (todos o casi todos los días) en los países del sur -como es el caso de España, Italia y Grecia-, que en el resto de Europa (Abellán García, Perez, et al., 2017).

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación realizada sobre el cuidado a personas mayores de Rogero (2010), en España el 83% de los mayores con necesidades de apoyo recibe cuidado informal (no profesionalizado), el 13% ha contratado servicios privados de cuidado (residencias, centros de día, etc.) y el 7% tiene apoyo de los servicios públicos. Esto se explica porque, en nuestro entorno existen insuficientes recursos de apoyo social formal y el cuidado informal está muy presente, acudiéndose a servicios profesionales en casos de dependencias severas, cuando los cuidados exceden las posibilidades de los cuidadores

informales. Las personas mayores en situación de dependencia, en caso de sustitución de un cuidador por otro, siguen preferiblemente el siguiente orden: cónyuge, hijos/as, otros miembros de la familia y, por último, cuidadores formales (Rogerero, 2010).

Algunos autores han hablado no solo de cómo es el apoyo (cantidad, frecuencia) y la evaluación cognitiva del apoyo que la persona realiza (percepción, disponibilidad, etc.), sino también de qué es lo que hace la persona frente a una situación de estrés en la que precisa ayuda. Cheung (1984) analizó las conductas de búsqueda y petición de apoyo; Clarke y Jensen (1997) utilizaron medidas estructurales que evaluaban más la integración y red social (como pertenecer a un club, asistir a la iglesia, tener amigos que viven cerca, etc.) que apoyo funcional.

Pero la frecuencia de contactos entre generaciones no sólo es signo del cuidado recibido por la población mayor (mayores como receptores de cuidado); también representa el apoyo que la población de adultos mayores proporciona al resto de generaciones (mayores como proveedores de cuidado), que se manifiesta no sólo en forma de cuidados (cuidado a los nietos), sino también respaldo económico o, incluso, de acogida en el hogar (Rodríguez et al., 2013). En este sentido, los intercambios de apoyo intergeneracional durante el proceso de envejecimiento tienen un papel de especial relevancia. El apoyo social que se ofrece de una generación a otra puede ser tangible, tal y como es el apoyo instrumental y el apoyo económico, o intangible, como es el apoyo emocional. El cuidado es un

ejemplo de apoyo social que mezcla características de apoyo instrumental y emocional (Antonucci, Birditt, Sherman, & Trinh, 2011) y es fundamental en la vejez. Cada generación recibe cuidados al menos dos veces a lo largo del ciclo vital: en un primer momento son los padres los que cuidan a sus hijos pequeños; luego, serán estos hijos quienes de mayores ofrecerán el cuidado necesario a sus padres ancianos. Lo mismo pasa con la oferta de cuidado, ya que éste suele ser ofrecido primero de los padres a los hijos y luego de los hijos a sus padres mayores (Tobío, 2010).

No solamente el hecho de recibir apoyo social y cuidados de otras generaciones sino también el hecho de proveer cuidados es beneficioso para las personas mayores. Hay evidencias, por ejemplo, de que las mujeres mayores que cuidan a sus nietos perciben un mayor apoyo social recibido frente a las abuelas que no desempeñan el papel de cuidadoras de sus nietos (Muñoz-Pérez & Zapater-Torras, 2006). Las personas mayores que ofrecen apoyo intergeneracional en mayor proporción que el apoyo que reciben informan de menor soledad que aquellas que tienen poco intercambio de apoyo y se encuentran pocas veces con sus hijos. Las personas mayores que se sienten más solas son aquellas que reciben más apoyo del que ofrecen (Gierveld, Dykstra, & Schenk, 2012).

El apoyo social recibido afecta a la salud y el bienestar de manera directa, indirecta a través de procesos de afrontamiento, y modificando el impacto que producen los eventos estresantes (Nurullah, 2012). Aunque una reciente y muy completa revisión sistemática (Tajvar, Fletcher, &

Grundy, 2016) califica de sólo moderado el efecto sobre la salud mental o incluso débil sobre el estrés en personas mayores, si bien esto parece deberse a que las muestras son de tamaño pequeño y a que hay poca investigación sobre apoyo social con personas mayores (Tajvar et al., 2016).

En España, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda ofrecida por sus familiares, amigos o vecinos (Fernández-Ballesteros, 2002; Rogero-García, 2009; Rogero-García, Prieto-Flores, & Rosenberg, 2008), siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidados (Solé-Auró & Crimmins, 2014). A partir de una submuestra extraída de la *Encuesta Nacional de Salud 2003*, Rogero-García (2009) halló que el 89,4% de los españoles que tenían 65 o más años y que recibían algún tipo de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria contaban con apoyo de tipo informal, siendo que para el 77,5% de ellos ésta era su única fuente de apoyo. También es cierto que, con el avance de la edad, el porcentaje de personas mayores que cuentan solamente con apoyo informal va disminuyendo, ya que éste es sustituido o complementado por el apoyo formal (Rogero-García et al., 2008).

En España existe una convicción muy fuerte tanto entre las personas que reciben apoyo como entre las que lo ofrecen, de que el cuidado a las personas mayores es una “obligación” moral (Rodríguez-

Rodríguez, 2005). Los españoles mayores esperan poder contar con los cuidados de sus familiares siempre que necesiten ayuda en las actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 2002; Izal, Losada, Márquez, & Montorio, 2003; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Solé-Auró & Crimmins, 2014). La principal fuente de apoyo informal a las personas mayores españolas son sus hijas (López-Doblas, 2005; Rodríguez-Rodríguez, 2005), seguidos del cónyuge (Rodríguez-Rodríguez, 2005; Solé-Auró & Crimmins, 2014). Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005), las hijas representaban el 50% de los cuidadores informales de los españoles mayores (frente al 7,2% de hijos varones). Asimismo, el 12% eran las esposas (frente al 4,8% de maridos) de las personas mayores.

En este contexto, como se podría esperar, algunos estudios sugieren que las personas mayores sin hijos o con pocos hijos están en mayor riesgo de soledad que aquellas personas con más hijos (de Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010; Koc, 2012).

5.2. SOLEDAD

La soledad es un sentimiento desagradable relacionado con el aislamiento social. Algunas personas tienen sentimientos de soledad a pesar de estar muy acompañadas, en cambio, otras que pasan mucho tiempo solas apenas se sienten solas (Donio-Bellegarde Nunes, 2017). Por ello, se habla de una percepción subjetiva negativa como consecuencia de la discrepancia entre el apoyo social percibido y el deseado.

Aunque el apoyo social y la soledad son constructos diferentes, se ha observado que ambos fenómenos se relacionan entre sí (Expósito & Moya, 1999). Diversos estudios han detectado una importante asociación negativa de los sentimientos de soledad con la percepción de apoyo social recibido por las personas mayores (Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Goldberg, 2009; Hombrados-Mendieta, García-Martín, & Gómez-Jacinto, 2013). En concreto, una investigación con muestra de españoles de 18 a 95 años ha detectado la existencia de asociaciones significativas entre el apoyo social ofrecido por distintas fuentes y las diferentes dimensiones de soledad. La frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la pareja se relacionaban negativamente con la soledad romántica; la frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la familia se relacionaban negativamente con la soledad familiar; y la frecuencia y la satisfacción con el apoyo de los amigos y la satisfacción con el apoyo de la comunidad se relacionaban negativamente con la soledad social; el apoyo emocional demostró ser el tipo de apoyo con mayor influencia en la reducción de la soledad frente al apoyo instrumental y al apoyo informacional (Hombrados-Mendieta et al., 2013).

Además de su impacto en los sentimientos de soledad de las personas mayores, el apoyo social percibido ha sido relacionado con otros factores importantes para la calidad de vida de las personas mayores. Por ejemplo, se halló que tanto la frecuencia como la satisfacción con el apoyo emocional recibido se asociaban positivamente con un mayor bienestar subjetivo (Hombrados-Mendieta et al., 2013). En cambio, Russell y

Cutrona (1991) hallaron una relación inversa entre el apoyo social percibido y la presencia de sintomatología depresiva en un estudio longitudinal. Los individuos que en la primera entrevista contaban con menos apoyo en casos de emergencia y aquellos que no recibían suficiente apoyo para reforzar su autoestima presentaban mayores puntuaciones en la escala de depresión en la segunda entrevista.

También hay evidencias de que el apoyo social percibido se relaciona con el estado de salud física tanto por sus efectos directos como por los efectos indirectos (S. Cohen & McKay, 1984). Ya House (1981) señaló que, si bien el apoyo social tiene un escaso efecto positivo sobre la salud en personas con bajo nivel de estrés, en la medida en que aumentan las circunstancias vitales adversas también lo hacen los efectos protectores del apoyo. Según la *hipótesis del efecto directo o principal* del apoyo social a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico. Según la *hipótesis del efecto protector, buffer o amortiguador*, cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos solo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. El efecto del apoyo social será esencialmente un moderador de los efectos de los acontecimientos vitales estresantes.

Los resultados de una investigación longitudinal con muestra de personas mayores sugieren que los individuos que informan tener más apoyo social en un primer momento de medición presentan mejor estado de salud física en un segundo momento de medición. Esta asociación fue

especialmente evidente en aquellos que cuentan con más apoyo para reforzar su autoestima y los que tienen más oportunidad de recibir amor y cariño. Una posible explicación para esa asociación, relacionada con los efectos indirectos del apoyo social es que los individuos que reciben refuerzo de los demás sobre su autoestima se cuidan más y consecuentemente evitar algunas enfermedades. Otra explicación es que la autoestima elevada podría tener efectos positivos en el sistema inmune de los individuos. Cutrona, Russell, y Rose (1986) identificaron que las personas mayores que recibían más apoyo social, en especial aquellos que contaban con alianzas fiables y orientación ofrecida por su red social, eran capaces de utilizar mejor estos recursos cuando tenían que afrontar eventos estresantes.

Otros estudios demuestran el papel del apoyo social en el mantenimiento de una buena satisfacción con la vida. Por ejemplo, el hecho de tener un buen amigo con quien poder hablar favorece una mayor satisfacción con la vida de las personas mayores (Gow et al., 2007). Sin embargo, se ha visto que la disponibilidad de este tipo de amistad tiende a disminuir con el paso del tiempo (Holmén & Furukawa, 2002), seguramente por las circunstancias vitales que acompañan esta etapa de la vida y que ya han sido mencionadas con anterioridad (enfermedades, discapacidad, muerte de las personas de su generación, etc.).

El apoyo social formal es el proveniente de los Servicios Sociales, Ayuntamientos, órganos autonómicos o estatales, asociaciones, empresas

de servicios. centros, etc. Este tipo de ayuda se presta en residencias para personas mayores y centros de día, servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios de voluntariado social o programas de ocio, cultura y participación social, entre otros. Algunos autores han analizado las funciones que desempeñan determinadas relaciones para el sujeto, consideradas como proveedoras de apoyo. El tipo de apoyo más útil dependerá del problema con el que se enfrenta el individuo y por el que se le apoya.

En las últimas tres décadas se ha visto un aumento relevante de las ofertas de programas y Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España, desde los programas comunitarios como la atención a domicilio y los centros de día, hasta los servicios de institucionalización como las residencias para personas mayores (Fernández-Ballesteros, 2002). En concreto, la red de Servicios Sociales disponibles para los mayores españoles incluye: 1. Ayuda a domicilio y teleasistencia; 2. Hogares y clubes de jubilados o centros de actividades para personas mayores, y centros de día para las personas mayores dependientes; y 3. Centros residenciales y viviendas tuteladas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2016). La denominación que reciben estos centros depende de cada comunidad autónoma o de la administración que los gestiona.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, la mayoría del apoyo social del que se benefician las personas mayores españolas proviene de

sus familiares, actuando el cuidado formal como un complemento al apoyo informal (Rogeró-García, 2009) y siendo más utilizado por las personas más mayores (Solé-Auró & Crimmins, 2014). En este contexto, las empleadas del hogar asumen un papel importante como alternativa en los casos en que la familia tenga condiciones económicas para delegar parte del cuidado que ella misma no puede asumir (Rodríguez-Rodríguez, 2005). El 14,5% de las personas mayores españolas que reciben apoyo en sus actividades diarias cuentan con esta forma de cuidado privado, ya sea como fuente exclusiva o como complemento al apoyo informal (Rogeró-García, 2009).

Según los datos analizados por Rogeró-García (2009), las personas mayores que vivían solas tenían mayor probabilidad de recibir apoyo de Servicios Sociales en lugar de cuidado informal. La edad y el nivel de ingresos de la persona mayor también se asociaban al hecho de beneficiarse de los Servicios Sociales, siendo que, a más edad, mayor era la probabilidad de utilizar los Servicios Sociales. En cambio, las personas que contaban con ingresos familiares mensuales inferiores a 600 euros tenían mayores probabilidades de recibir apoyo de los Servicios Sociales Públicos. Además, tener más edad y vivir solo se asociaban de forma positiva al hecho de contar con un apoyo informal combinado con el apoyo desde los Servicios Sociales.

También se han encontrado diferencias en el tipo de apoyo recibido en función del género del receptor de cuidados en una muestra de

españoles de 65 años o más que informaron necesitar ayuda en sus actividades de la vida diaria (Roger-García et al., 2008). En concreto, un porcentaje mayor de mujeres (el 14%) que de varones (el 9%) se beneficiaban de cuidados formales, así como más mujeres que hombres recibían una combinación de apoyo formal e informal (el 14% y el 8%, respectivamente). Según estos autores, algunas explicaciones posibles para esas diferencias serían el hecho de que los hombres mayores suelen contar con más apoyo informal que las mujeres de la misma edad y, además, éstas son más longevas, pero tienen niveles más altos de discapacidad.

Cuando se habla de apoyo social desde la perspectiva funcional se distingue entre apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo material. Las personas mayores suelen pedir ayuda o apoyo emocional, instrumental e informacional a sus familiares, aunque también les ofrecen considerable apoyo los amigos y vecinos. A estos últimos, sobre todo, se les pide ayuda cuando no hay ningún pariente íntimo disponible. Las personas mayores tratan de mantener intercambios con individuos que les son próximos durante el mayor tiempo posible y prefieren a los que han formado parte de su biografía personal (familiares y amigos, por ejemplo), que se convierten en un recurso social para mantener la integración social de las personas de edad (Pinazo Hernandis, 2005).

5.3. MODELOS TEÓRICOS DE ESTUDIO DEL APOYO SOCIAL

El estudio del apoyo social durante el envejecimiento ha dado lugar a dos interesantes modelos teóricos: el *Modelo Teórico del Convoy de Apoyo Social* de Kahn y Antonucci (1980) y la *Teoría de la Selectividad Socioemocional* de Laura Carstensen y colaboradores (Carstensen, 1993; Carstensen et al., 2003, 1999; Fredrickson & Carstensen, 1990; Fung, Carstensen, & Lang, 2001; Lang & Carstensen, 1994, 2002).

5.3.1. Modelo del Convoy de Apoyo Social

El Modelo de Convoy Social fue desarrollado por Kahn y Antonucci (1980) para explicar los intercambios de apoyo social que se dan a lo largo de la vida y se basa en la *Teoría del Apego* de Bowlby (1972, 1986) y en la perspectiva del ciclo vital. Según estos autores, cada persona tendría su propio convoy que está compuesto por una serie de personas con las que ella se relaciona y establece intercambios de apoyo social. El Modelo de Convoy Social enfatiza el desarrollo de las relaciones sociales informales a lo largo del ciclo vital y su papel en la provisión de apoyo social planteando que a lo largo del ciclo vital las personas experimentan tensiones, transiciones y momentos de crisis y cambios en los que están presentes un número pequeño y seleccionado de personas de las que se recibe el apoyo emocional e instrumental y a partir de las que se conforma nuestra identidad. El término ‘convoy’ fue tomado del antropólogo David Plath en 1975 –citado en Kahn y Antonucci (1980)- y se refiere a una ‘especie de capa protectora’ de familiares y amigos que rodea al individuo

y le acompaña a lo largo de su vida, ayudándole a afrontar los cambios que experimenta (Antonucci & Akiyama, 1987). Por su naturaleza, un convoy implica apoyo que es proporcionado por un grupo de 'otras personas' calificadas como centrales en la vida del individuo. El modelo podemos representarlo gráficamente como un grupo de círculos concéntricos que rodean a la persona a lo largo de su vida. Cada círculo representa un nivel de cercanía al individuo. El círculo central, más próximo a la persona, representa a aquellas personas con las que se siente más vinculado. Normalmente, se considera que la familia es la más cercana y es la figura más importante en la provisión de apoyo, sobre todo durante el envejecimiento (apoyo social familiar). Este núcleo central de relaciones es el más estable a través del tiempo. En él se incluiría a las personas sin las cuales la vida no tendría sentido, aquellas que son imprescindibles y están íntimamente relacionadas con el individuo. El siguiente círculo representa sobre todo a los amigos, aquellas personas que son también importantes, pero no son principales proveedores de ayuda ni son tan cercanos como los anteriores. El círculo más externo representa el apoyo suministrado por los vecinos, los conocidos o los compañeros de trabajo (apoyo social comunitario). Se trata de personas que aún no han sido incluidas en los otros dos círculos, que son importantes, pero no tanto como aquellas, y que no deben ser olvidadas pues también tienen un papel relevante en la red de apoyo. Conforme nos alejamos del círculo central, es más fácil encontrar relaciones cambiantes a lo largo del tiempo. Evidentemente, la concreción de esta red de apoyo

está basada en el apoyo percibido y no en el recibido, pero diversas investigaciones han justificado la importancia de incluir aquel tipo de apoyo y no este por sus relaciones con la salud mental (Kawachi & Berkman, 2001; Lakey, Cooper, Cronin, & Whitaker, 2014; Lakey & Orehek, 2011). Con el fin de examinar las redes sociales de apoyo social de las personas mayores, Antonucci y Akiyama (1987) entrevistaron a 718 adultos de más de 50 años, encontrando que la media de miembros en la red social era de 8,9 personas. El modelo de convoy describe el rol, la estructura y la función que cumplen los diferentes grupos representados en estos círculos como proveedores de apoyo social informal y como este apoyo aumenta la salud y el bienestar de los individuos a lo largo del ciclo vital. El modelo de convoy subraya y diferencia la importancia de los apoyos informales, sin hacer ningún comentario acerca del apoyo social formal. Diferentes autores han descrito la importancia de los Servicios Sociales comunitarios o apoyo social formal en la provisión de ayuda a la persona mayor y a la familia que le cuida. La ayuda suministrada por estos servicios es de vital importancia sobre todo para aquellas personas que no cuentan con el apoyo de familiares, amigos o conocidos, o el apoyo suministrado por ellos es insuficiente. Como vemos, el modelo de convoy es un interesante marco teórico para el estudio del apoyo social, y así lo han avalado diversos investigadores (Antonucci, Akiyama, & Takahashi, 2004; Levitt, 2000, entre otros). Pocas formulaciones teóricas existen que expliquen la naturaleza y significado de las varias fuentes de apoyo social durante el envejecimiento.

Kahn y Antonucci (1980) añaden que cuando las personas experimentan cambios de rol, aumenta de la necesidad de apoyo social.

De acuerdo con el Modelo de Convoy Social, la estructura y las funciones del convoy están determinadas por las características de la persona (edad, género, estado civil, personalidad, etc.) y por las características situacionales (expectativas de rol, oportunidades, recursos, eventos vitales, etc.). La estructura del convoy va sufriendo cambios a lo largo de la vida, tanto en su tamaño como en la estabilidad, simetría, homogeneidad, conexión o complejidad y también cambian las características funcionales del convoy, es decir, la distribución de apoyo dado y recibido por los miembros que componen el convoy. Esa combinación de factores afecta a la percepción que la persona tiene sobre su propio convoy y consecuentemente, repercute en diversos ámbitos del individuo: sus conductas, el desempeño de sus roles, su salud y su bienestar (Antonucci, 1985; Kahn & Antonucci, 1980).

Existen tres niveles de apoyo social que se representan gráficamente en forma de círculos concéntricos:

El primer nivel son las relaciones más cercanas considerados como íntimos y fuentes indispensables de apoyo social. Suele incluir aquellas personas que han alcanzado el papel de confidentes o de mejores amigos. Es común que estén presentes el cónyuge y algunos familiares, aunque su inclusión en este círculo depende más de la calidad del apoyo que simplemente del rol o el tipo de relación establecida. La composición de

este primer círculo suele ser bastante estable a lo largo de la vida, y no le afectan los cambios de residencia, ciudad o de trabajo, sino que la pérdida de los miembros se asocia más con fallecimientos o separaciones.

El segundo nivel son las personas de confianza, los miembros que, aunque no sean tan cercanos como los íntimos cumplen un importante papel en el intercambio de apoyo social. Suele estar compuesto por familiares, amigos y compañeros de trabajo y depende en cierta medida del rol que ejerce la persona en un momento dado. Por ello, su composición es menos estable que la del primer círculo durante la etapa adulta, siendo común que nuevos miembros asuman el puesto de los que allí estaban en etapas anteriores.

El tercer nivel son otras personas, aunque menos cercanas, pero que también ofrecen algún tipo de apoyo social. Aquí suelen estar los compañeros de trabajo y los vecinos, siendo que la inclusión de sus miembros depende más de las relaciones de rol. Es más vulnerable a sufrir cambios cuando ocurren cambios de rol o situaciones diversas.

Además de las diferencias individuales en la composición y el tamaño de los convoyes, también se han observado diferencias en función de la edad. Las investigaciones basadas en el Modelo de Convoy Social, comprobaron que la red social de las personas mayores suele ser más pequeña que la de las personas más jóvenes (Antonucci et al., 2004). Es más, las personas que han basado sus relaciones de apoyo exclusivamente en sus relaciones de rol a lo largo de la vida suelen estar en mayor riesgo

de perder a los miembros de su convoy cuando sufren cambios de rol, y consecuentemente, con el paso del tiempo cuentan con un convoy reducido (Kahn & Antonucci, 1980).

Los últimos avances en el modelo de convoy social han añadido múltiples perspectivas a los intercambios de apoyo (Antonucci, Ajrouch, & Birditt, 2014). Por ejemplo, el vínculo entre apoyo social y estrés es mucho más complejo que la relación positiva-negativa con la salud.

El *Modelo Jerárquico Compensatorio* de Cantor (1979) describe un orden en la preferencia del apoyo desde aquel de familiares, amigos o vecinos hasta el apoyo social formal. Según este modelo, cuando el elemento preferido en primer lugar está ausente, otros grupos actúan de una manera compensatoria. Pero más allá del tipo de ayuda que se necesita, la fuente de ayuda preferida es la pareja. Si la pareja no está disponible, entonces las personas mayores piden la ayuda de los hijos y si no, la de otros familiares o amigos. Autores como Peters, Hoyt, Babchuk, Kaiser, & Iijima (1987) proponen un paso más en este modelo. Para los citados autores, el patrón de elección se realiza entre 'los otros disponibles', en donde la proximidad es extremadamente importante en el proceso de selección. Las circunstancias, la conveniencia o la preferencia personal pueden guiar la selección hacia otros apoyos. La presencia de otros confidentes además del cónyuge o algún hijo o hija puede añadir perspectivas diferentes frente a un problema.

El proceso de envejecimiento viene acompañado de muchos cambios relacionados con eventos vitales normativos de esta etapa de la vida (Nicolaisen & Thorsen, 2014b), desde las pérdidas de rol asociadas a la jubilación, la salida de los hijos del hogar y al fallecimiento de la pareja hasta los cambios provocados por el deterioro de la salud y de la capacidad funcional, así como el impacto emocional de la pérdida de los amigos y familiares de su generación. Todo eso produce como consecuencia que las personas mayores generalmente tengan redes sociales más limitadas que los más jóvenes.

Algunos teóricos defienden que la reducción del tamaño de la red social de las personas mayores se debe en parte a esas pérdidas involuntarias experimentadas en las etapas más avanzadas de la vida, pero también a una actitud proactiva de los propios sujetos, que se vuelven cada vez más selectivos a la hora de componer sus redes sociales. Se trata de un proceso adaptativo que empieza en la fase adulta y va ganando cada vez más fuerza con el avance de la edad. En este sentido, hay dos modelos teóricos muy importantes en Psicología que fueron diseñados para estudiar las relaciones sociales a lo largo del ciclo vital y que merecen ser destacados en el siguiente epígrafe de este capítulo.

5.3.2. Teoría de la Selectividad Socioemocional

Según la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992a), la percepción que uno tiene acerca de su tiempo futuro tiene un

papel fundamental en la selección de los miembros que componen su red social y también influye en su decisión por las metas sociales a perseguir.

La selectividad socioemocional es un proceso adaptativo en el que el sujeto es un agente activo. Se suele elegir a los miembros más cercanos para componer la red social, ya que las interacciones son más predecibles y generalmente resultan ser positivas. Así se evitan las respuestas emocionales negativas y se optimizan las positivas, que ayudan a obtener significado de vida y arraigo social.

Las personas mayores se hacen cada vez más selectivas en sus relaciones, dando prioridad a los contactos sociales más cercanos y desechando aquellos menos significativos, lo que hace que su red social disminuya con el paso del tiempo. Además, al ser más minuciosos en la elección de sus contactos sociales y de las actividades en las que participan, las personas mayores logran vivir en contextos más positivos y son más capaces de asegurar en cierta medida cuáles van a ser los entornos en los que se sentirán más a gusto (Sims, Hogan, & Carstensen, 2015).

Los resultados de un estudio, llevado a cabo por Fung et al., (2001) y que incluía estadounidenses de 18 a 94 años confirmaron que el proceso de selección de los miembros de la red social se va intensificando con el avance de la edad y que la reducción del tamaño de la red de las personas mayores se explica principalmente por la disminución del grupo de miembros más lejanos. Los hallazgos de este estudio sugieren que las

personas mayores cuentan con una cantidad de contactos sociales muy cercanos semejante a la informada por las personas más jóvenes, pero tienen menos miembros más lejanos en sus redes sociales cuando se comparan con las de los más jóvenes. Además, se ha observado que el menor tamaño de la red social en la vejez no se explica exclusivamente por las pérdidas asociadas a esta etapa de la vida, como un peor estado de salud física, niveles socioeconómicos más bajos o por la muerte de amigos y familiares.

Lang y Carstensen (1994) estudiaron las características de la red social de personas de 70 a 104 años, comparando a los individuos que contaban con miembros de su familia nuclear (cónyuge y/o hijos) con aquellos que no los tenían. A pesar de observar que el tamaño de las redes sociales disminuía con el avance de la edad y que esto se debía a una reducción de los miembros menos cercanos, no había diferencias de edad en relación con la cantidad de miembros en el núcleo de mayor intimidad. Por otra parte, tampoco se identificaron diferencias significativas en la estructura de la red social de los sujetos cuando los resultados se compararon entre los dos grupos de edad (de 70 a 84 años y de 85 a 104 años). Es decir, la distribución de los diferentes tipos de contactos sociales (familia nuclear, otros familiares, amigos, y conocidos o vecinos) entre los tres niveles de cercanía emocional se asemejaba mucho en los dos grupos de edad. Además, las personas sin familia nuclear consideraban como íntimos a un mayor grupo de otros familiares frente a los sujetos que estaban casados o que tenían hijos y/o nietos. Aquellos que tenían una

familia nuclear incluyeron a menos miembros de otras categorías (otros familiares, amigos, y conocidos o vecinos) en sus redes sociales frente a los individuos que no contaban con una familia nuclear.

Al analizar el tipo de apoyo social recibido u ofrecido, no se observaron diferencias significativas de edad en la proporción de los miembros que ofrecían apoyo emocional, ni en los que lo recibían, pero sí se vio que las personas más mayores contaban con más contactos sociales que les proporcionaban apoyo instrumental, tanto entre los miembros más íntimos como entre los menos cercanos. Asimismo, los sujetos sin familia nuclear informaron contar con más miembros lejanos como proveedores de apoyo instrumental que los sujetos que tenían una familia nuclear.

Un aspecto importante en el apoyo social es el número de personas con las que una persona determinada se relaciona, es la red social. Según Antonucci (1985) y Kahn y Antonucci (1980), las propiedades de las redes sociales son las siguientes:

1. *Tamaño*, definido por la cantidad de miembros pertenecientes a la red;
2. *Estabilidad*, que es la duración media de las relaciones entre los miembros;
3. *Homogeneidad*, es decir, las semejanzas entre los miembros de la red en función de género, edad, etc.;
4. *Simetría*, que equivale a la reciprocidad en las relaciones en función de los diferentes tipos de apoyo ofrecido y recibido;

5. Conexión, que es la proporción de miembros de la red que se conocen entre sí;
6. Complejidad, que se refiere a la cantidad de roles y tipos de relaciones establecidas con otros miembros de la red.

Para Victor, Scambler, Bond y Bowling (2000), la red social de las personas mayores suele tener un promedio de 5 a 7 personas y suele estar compuesta principalmente por familiares, mientras que la red social de los más jóvenes suele estar compuesta por más de 20 personas y tener más amigos. Otros investigadores han detectado cambios importantes en la estructura de la red social de las personas mayores, siendo que con el avance de la edad se identificó una reducción en el tamaño de la red (Fiori, Smith, & Antonucci, 2007; Huxhold, Fiori, & Windsor, 2013).

Los mismos autores también describen las propiedades de las relaciones entre pares (o de los vínculos diádicos) dentro de la red social:

1. *Frecuencia de contacto*: medida a través de la cantidad de interacciones realizadas a lo largo de un periodo establecido;
2. *Tipo de relación*: si hay un intercambio de afecto, o de afirmación, o de ayuda;
3. *Relevancia e iniciativa*: la importancia de las interacciones para la persona que las inició;
4. *Rango*: la cantidad de esferas de la vida incluidas en las interacciones;
5. *Duración*: el tiempo transcurrido desde el inicio de la relación;

6. *Capacidad*: el potencial máximo de apoyo posible en circunstancias hipotéticas específicas.

Muchas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad (Hawkley, Browne, & Cacioppo, 2005). De hecho, tener una red social pequeña se ha asociado con un riesgo tres veces más elevado de sentirse solo en una muestra de personas mayores alemanas (Zebhauser et al., 2014). En cuanto a la composición de la red social, Hughes, Waite, Hawkley y Cacioppo (2004) detectaron que las personas mayores que se sentían solas tenían menos amigos comunes y amigos cercanos, percibían sus amigos como menos parecidos entre sí y tenían menor probabilidad de tener una pareja frente a los individuos que no se sentían solos.

La cantidad y la calidad de las interacciones sociales también pueden afectar al apoyo social. Diversas evidencias señalan que más que el tamaño de la red social, la calidad de las relaciones sociales tiene efectos importantes en los sentimientos de soledad y en el aislamiento social del individuo (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; Hawkley et al., 2008; Hughes et al., 2004; Pinquart & Sorensen, 2001; Victor et al., 2000). Los resultados del meta-análisis realizado por Pinquart y Sorensen (2001) sugieren que la calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales. Hawkley y Cacioppo (2009) afirman que es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el

contacto sea poco frecuente, que tener más amigos poco íntimos con interacciones frecuentes.

También la frecuencia de contacto con los miembros de la red social puede influir en los sentimientos de soledad. Se ha detectado una asociación entre la soledad y la insatisfacción de las personas mayores con la frecuencia de contacto social que mantienen con sus familiares y amigos. Losada et al. (2012), al analizar la relación entre estas dos variables defienden la importancia de valorar la percepción subjetiva (más que los datos objetivos) sobre la frecuencia de contactos sociales para comprender la soledad en las personas mayores. No solamente la frecuencia de contacto físico sino también la frecuencia de contacto telefónico de las personas mayores que viven solas con otras personas y la relación que tiene con el sentimiento de soledad (Hughes et al., 2004).

El contacto social con los miembros de la red tiene efectos distintos en la soledad en función del estado civil y del hecho de tener o no hijos (Pinquart, 2003). En los no casados las relaciones de amistad cumplían una función muy importante en la reducción de la soledad (Pinquart & Sorensen, 2001). En las personas no casadas el contacto con los hijos, hermanos, amigos y vecinos tenía un mayor efecto en la reducción de la soledad de las personas que en los casados. Y los que no estaban casados ni tenían hijos se beneficiaban más del contacto con los hermanos y los amigos que aquellos que, aunque no estuvieran casados tenían hijos.

Con respecto a la estabilidad de la red social, Zebhauser et al. (2014) defienden que es crucial ayudar a que las personas mayores que viven solas mantengan una red social estable para evitar que se sientan solas, siendo éste un factor protector más importante incluso que tener buena salud y suficientes medios económicos.

El aislamiento social es un estresor que tiene una relación directa con los síntomas psicológicos negativos, mientras que la inclusión social es fuente de sustento psicológico y aporta sentimientos de pertenencia o seguridad, guía conductual y sentimientos de disponibilidad de apoyo. Los recursos psicosociales que aportan las redes de apoyo social contribuyen a la satisfacción de necesidades y son, por tanto, predictores de bienestar de primer orden. A su vez, el bienestar psicosocial o satisfacción con la vida está íntimamente vinculado con la capacidad que los sujetos tienen de promover recursos de apoyo, es decir, de integrarse socialmente, y con la capacidad de las redes sociales de convertirse en recursos de apoyo.

El aislamiento emocional se refiere a la ausencia de apoyo percibido (compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas) y lleva aparejado un indudable sufrimiento personal. El número de personas con las que nos relacionamos y la frecuencia de contacto social pueden disminuir a medida que envejecemos, pero la relación con los miembros de nuestra red social más cercana se torna cada vez más estrecha. Como hemos visto, el apoyo social es fundamental en el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida,

pero aún lo es más durante el envejecimiento. Conocer cuál es su importancia y las variables que intervienen nos ayudara a desarrollar intervenciones dirigidas a fortalecer los sistemas de apoyo de las personas mayores, crear nuevas redes (cuando estas se deterioren, disminuyan o no existan) y prevenir la institucionalización prematura. Cuando estudiamos el envejecimiento, es necesario tener en cuenta la importancia y el significado de las pérdidas experimentadas en este momento del ciclo vital (pérdida de la pareja, pérdida del trabajo y del rol profesional, pérdida de amistades, cambio de domicilio y pérdida de las relaciones vecinales y comunitarias, etc.). Conocer el impacto de estas pérdidas ayuda a intervenir aumentando la capacidad de afrontamiento de las personas, la gestión del estrés, la resolución de conflictos, etc.

La participación en actividades sociales actúa como un factor protector contra la soledad (de Jong Gierveld, 1998), y al contrario, la disminución del nivel de actividad social de las personas mayores coincide con un aumento de la probabilidad de que se sientan solas (Aartsen & Jylhä, 2011). Esto puede ser un factor de riesgo importante de soledad, ya que diversas investigaciones han detectado que el avance de la edad coincide con un descenso en el nivel de participación social (Huxhold et al., 2013; Neri & Vieira, 2013).

Los resultados de la *Encuesta Continuada de Hogares del 2015* indican que el 22,4% de los españoles de 65 o más años que viven en viviendas familiares viven solos. Entre las personas de 85 y más años este

porcentaje pasa al 34,2% del total de españoles en ese rango de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2016a). Además, esa situación de vivienda es más común entre las mujeres que entre los varones, siendo que esa diferencia es especialmente marcada en el grupo de 85 años o más: el 40,9% de las mujeres de esta edad viven solas frente al 21,4% de varones de la misma edad (Instituto Nacional de Estadística, 2016a).

Las mujeres mayores de 65 años tienen 2,4 veces más probabilidad de vivir solas que los hombres de la misma edad (Lorenzo Carrascosa & Sancho Castiello, 2012). Al ser más longevas que los hombres, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos (Federación de Pensionistas y Jubilados de CC. OO., 2014). Muchos hombres que se quedan solos acaban por preferir otras alternativas más cómodas, como son la mudanza a vivir con los hijos o la institucionalización (López-Doblas, 2005) o incluso algunos optan por convivir con sus nuevas parejas (Federación de Pensionistas y Jubilados de CC. OO., 2014). Datos publicados recientemente por el *Think Tank del Parlamento Europeo* (Parlamento Europeo, 2017; Samek Lodovici, Patrizio, Pesce, & Roletto, 2015) desvelan un incremento en la cantidad de mujeres que viven solas en los países de la Unión Europea. Han pasado de un 14,2% de la población femenina total en 2010 a un 18,4% en 2013. En el caso de los hombres, ese aumento fue de un 10,8% en 2010 a un 15,1% en 2013. De entre las mujeres que viven solas, son las mujeres mayores las que

representan la mayor proporción– en 2013 eran un 54,6% del total de mujeres que vivían solas (19,8 millones de 36,3 millones).

Según datos del Ayuntamiento de Valencia (Hidalgo Sánchez, Martínez Ruiz, Morales Lorente, Moya Equiza, & Rodríguez Ciria, 2016), el 26,6% de los ciudadanos de 65 años o más que viven en viviendas familiares en la ciudad de Valencia viven solos. Así como pasa a nivel nacional, también en Valencia es más frecuente que esta situación se dé entre las mujeres que entre los varones. El 34,5% de mujeres de 65 años o más viven solas frente al 14,9% de los varones de la misma edad.

5.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y LA SOLEDAD

La integración social posibilita que el individuo reciba los más diversos tipos de apoyo, lo que facilita su vida cotidiana. Cuando necesita un consejo u otro tipo de apoyo, el individuo socialmente integrado tiene a quién recurrir, pero el que está socialmente aislado, no. Estar socialmente integrado también produce placer y gratificación, ya que la red social es la base para que ocurran las actividades sociales (Weiss, 1980). Para que no se sientan solas, las personas necesitan tanto una red social que les facilite la integración social como una figura de apego que les ofrezca seguridad emocional.

En ocasiones hay indicios de que la persona mayor tiene una red de apoyo social nula, escasa o negligente, necesidades sociosanitarias no

cubiertas, o no recibe asistencia pública o privada y rechaza las ayudas que se le ofrecen. A veces, la dificultad para salir del domicilio puede complicar las relaciones sociales, pero no las excluye. El solo hecho de salir de casa no presupone que se mantengan relaciones sociales. Ambas situaciones producen aislamiento social.

El sentimiento de soledad es subjetivo y solamente puede ser descrito por el propio individuo que lo experimenta; el aislamiento social y el hecho de vivir solo, en cambio son objetivos (Andersson, 1998). Y esa subjetividad significa que no es posible conocer el sentimiento de soledad en una persona determinada porque no existen signos o síntomas observables que lo indiquen. La evaluación del sentimiento de soledad se realiza a partir de la información ofrecida por la propia persona sobre sus experiencias internas (Victor, Grenade, & Boldy, 2005). Según (Weiss, 1980) la soledad está compuesta por dos dimensiones: la soledad emocional y la soledad social. Soledad objetiva. La soledad objetiva hace referencia a 'las personas que están solas', esto es, aquellos con falta de compañía, permanente o temporal. En una investigación realizada por (Chou & Chi, 2000), se comparó a personas mayores que vivían solas con personas mayores que vivían en compañía de otros, encontrando como resultado que el grupo de los que vivían solos contaba con redes familiares más pequeñas, un contacto menos frecuente con sus familiares y recibía menos apoyo emocional e instrumental.

La soledad subjetiva hace referencia a ‘las personas que se sienten solas’ -un 38% de las que viven solas y un 8% de las que residen con otros- entendiendo que se trata de una situación impuesta, un sentimiento y una vivencia que aumenta con la edad (el 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse solas, y el 36% de los mayores de 80 años). Quizás la razón principal para sentirse solos sea la ausencia de apoyo social, algo bastante común entre las personas mayores que viven solas (Lo & Yeh, 2004). Parece ser, pues, que quizás una de las razones principales para que se produzca una disminución de las redes sociales en las personas mayores sea el número de pérdidas sufridas, sobre todo las pérdidas de aquellas relaciones que se consideran más significativas. Las personas mayores que han sufrido una pérdida manifiestan una sensación de profunda y persistente soledad diferenciada entre al menos dos tipos diferentes: la soledad propia del aislamiento social y la soledad fruto del aislamiento emocional.

Para la evaluación del apoyo social y/o del aislamiento social se tiene en cuenta la cantidad de personas que componen la red social del sujeto y la frecuencia de contacto que mantiene con los mismos (Cornwell & Waite, 2009). El hecho de vivir solo se mide habitualmente con una pregunta única sobre la forma de convivencia (Victor et al., 2002). La soledad se relaciona con los aspectos emocionales, más subjetivos y profundos de las relaciones sociales, yendo más allá de la simple falta de relaciones y de apoyo.

No existen unos datos claros de la prevalencia de soledad en población mayor. Las cifras oscilan mucho de una investigación a la otra, quizás por la forma de preguntar sobre soledad o el contexto en que se hacen las preguntas dado el estigma asociado a la soledad (Andersson, 1998). Algunos autores incluso cuestionan si se debe o no utilizar el término “soledad” directamente cuando se quiere preguntar sobre ello (Shaver & Brennan, 1991).

Escala de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos y evalúa la fortaleza de las redes de apoyo social del sujeto. A menor puntuación, menor apoyo. El punto de corte se estableció en el percentil 15, que corresponde a una puntuación <32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a esa cifra señala un apoyo social percibido como bajo. Su consistencia interna oscila entre 0.88 y 0.79.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. El MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) es un cuestionario de 12 ítems con escala de respuesta tipo Likert que informa sobre el Apoyo Social Percibido por los sujetos en relación a la familia, amigos y otras personas significativas (Arechabala Mantuliz & Miranda Castillo, 2002).

El **COURAGE-SNI** (Social Network Questionnaire Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index) está diseñado para

evaluar las redes sociales y el apoyo que prestan y fue validado en trece países europeos (Zawisza et al., 2014). El instrumento se diseñó en el marco del proyecto europeo COURAGE (Collaborative Research on Ageing in Europe). El proyecto desarrolló un instrumento para evaluar los determinantes de la salud (física y mental) y la discapacidad, de la calidad de vida y el bienestar, durante el envejecimiento. De este modo se pudieron comparar diferentes países europeos como España, Polonia y Finlandia.

Escala de Soledad UCLA. La UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) evalúa la soledad a partir de 20 ítems que miden sentimientos generales sobre aislamiento social, sentimientos de soledad e insatisfacción con las interacciones sociales. Es el instrumento más utilizado para medir la soledad. La Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) fue originalmente desarrollada por Russell, Peplau, y Ferguson (1978). Su elaboración fue motivada por la falta de un instrumento sencillo y fiable que midiera la soledad general.

Sin embargo, tras identificarse sesgos sistemáticos en las respuestas, se desarrolló una nueva versión de la misma escala, conocida como *Revised UCLA Loneliness Scale*, o UCLA-R (Russell et al., 1980).

Se trata de un instrumento validado que mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social. Para cada ítem, el sujeto debe indicar con qué frecuencia lo experimenta: “Nunca”, “Raramente”, “A veces” o “A menudo”. Tiene alta consistencia interna, con un coeficiente

alfa de Cronbach de .94 y su correlación con la versión original de la escala fue de .91. Se identificaron correlaciones entre soledad y depresión y entre soledad y ansiedad, que fueron medidas con otros instrumentos específicos. También se encontraron correlaciones significativas entre soledad y sentirse abandonado, deprimido, vacío, desesperanzado, aislado y encerrado en sí mismo (Russell et al., 1980).

Según Borges, Prieto, Ricchetti, Hernández-Jorge y Rodríguez-Naveiras (2008), aunque los autores de la escala UCLA-R hayan sugerido que el instrumento es unidimensional -lo que se ha confirmado en algunas investigaciones posteriores-, existen estudios que la reconocen como multidimensional (como las investigaciones de Dussault, Fernet, Austin, y Leroux, 2009); Hawkey et al., 2005). Por ello, estos investigadores realizaron una validación cruzada de la factorización de la UCLA-R en dos muestras de jóvenes estudiantes: una en España y otra en Italia. Como resultados más interesantes, se halló que tanto la versión italiana como la versión española de la escala eran multidimensionales; en el caso de la versión española, se identificaron cuatro factores: soledad emocional, evaluación subjetiva de la red social, dificultad en intimar y sentimientos de pertenencia.

A partir de la UCLA-R algunos autores elaboraron versiones reducidas del instrumento. La versión de Hughes et al. (2004), por ejemplo, contiene tres ítems y fue pensada para entrevistas telefónicas. Demostró ser un instrumento sencillo, con buena fiabilidad (.72) y alta

correlación con la UCLA-R (.82), pudiendo sus resultados ser comparados a los del instrumento completo. También se correlaciona con depresión y estrés percibido cuando estos son medidos con instrumentos específicos.

Existen otras versiones cortas de la escala UCLA-R, con diez ítems (Velarde-Mayol et al., 2015), ocho ítems (Hays y DiMatteo, 1987), seis ítems (Neto, 2014) y cuatro ítems (Andersson, 1985).

Las ventajas de la *UCLA Loneliness Scale*, según Routasalo y Pitkala (2003) son: que está validada en población mayor; que es capaz de distinguir entre los individuos muy solos y los moderadamente solos; y que tiene propiedades psicométricas satisfactorias, incluidas la validez de constructo, la validez convergente y su consistencia interna. Sin embargo, los mismos autores sugieren que hay poca evidencia sobre su sensibilidad.

En España se ha validado la UCLA-R en muestras de estudiantes universitarios (Borges et al., 2008). Asimismo, Velarde-Mayol, Fragua-Gil, y García-de-Cecilia, (2016) han validado una versión de la escala UCLA con 10 ítems en una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Los resultados de su estudio indican que es un instrumento útil y sensible para medir el sentimiento de soledad en personas mayores porque tiene validez de constructo con altas correlaciones entre los ítems, alto valor de fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .95 y validez discriminante respecto a las personas mayores que no viven solas.

Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS). Otro instrumento de medida validado es la Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS) (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985), se basa en una conceptualización de soledad tridimensional:

1. Tipo de carencia: la naturaleza y la intensidad de las relaciones que faltan al sujeto;
2. Perspectiva de tiempo: soledad experimentada de forma temporal frente a la soledad inmutable;
3. Características emocionales: la falta de sentimientos positivos frente a la presencia de sentimientos negativos.

Los autores del instrumento pretendían crear una escala con aproximadamente cinco ítems formulados de forma positiva y cinco de forma negativa, que fuera fácil de manejar y adecuada tanto a los sujetos solos como a los no solos. De un listado original de 40 ítems, se seleccionaron 28, de los cuales nueve estaban formulados de forma positiva y los demás, de forma negativa. Los ítems fueron repartidos en cinco subescalas que se diferenciaban por el grado de la experiencia de soledad: 1. Carencia severa; 2. Sentimientos de carencia asociados a situaciones problemáticas específicas, como el abandono; 3. Falta de compañía; 4. Sentimiento de sociabilidad; y 5. Sensación de tener relaciones significativas.

La versión final de la escala contiene 11 ítems y está compuesta por dos subescalas: la subescala de soledad social, compuesta por cinco

ítems formulados de forma positiva y que preguntan sobre la sensación de pertenencia y la subescala de soledad emocional, que tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego. Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad. Las categorías de respuesta son: “¡Sí!”, “Sí”, “Más o menos”, “No”, “¡No!”. Pero en encuestas telefónicas o cara-a-cara se puede utilizar solamente tres opciones de respuesta: “Sí”, “Más o menos”, “No”.

Por un lado, mide soledad emocional, y, por otro lado, mide soledad social/apoyo percibido. La DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de .84 para la escala completa y .88 (subescala de soledad emocional) y .88 (subescala de soledad social). Existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido (Pinquart & Sorensen, 2001), especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning, Liu, & Chou, 2014). También es un instrumento adecuado para ser utilizado en diferentes países, ya que ni el contenido de los ítems ni los resultados de los análisis estadísticos sugieren que haya una variación cultural de los ítems (Van Tilburg, Havens, & de Jong Gierveld, 2004). Existe una versión reducida de la DJGLS que fue creada para poder ser utilizada en grandes investigaciones que demandan instrumentos más cortos. Está compuesta por seis ítems, siendo que tres de ellos fueron sacados de la subescala de soledad emocional y tres, de la subescala de soledad social. Dicha versión fue desarrollada y testada en muestras que incluyeron a personas mayores holandesas y resultó ser un instrumento válido y fiable

para medir tanto la soledad general como la soledad emocional y social. El índice alfa de Cronbach varió de .70 a .76 en tres investigaciones con muestras de adultos; entre .67 y .74 en la subescala de soledad emocional y de .69 a .73, en soledad social. Además, la versión reducida de la escala presentó alta correlación con la escala completa, oscilando entre .93 y .95 (de Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006).

La DJGLS está validada en muestras internacionales de personas mayores (Victor et al., 2005) y ha sido traducida al castellano y validada en muestras de personas mayores españolas en sus versiones completa (Buz & Pérez-Arechaederra, 2014; Buz, Urchaga, & Polo, 2014; Tomás, Pinazo-Hernandis, Donio-Bellegarde, & Hontangas, 2017) y reducida (Ayala García et al., 2012). Tras someter la versión adaptada completa a diversos testes estadísticos, Buz y Pérez-Arechaederra (2014) concluyen que se trata de un instrumento válido y fiable para medir la soledad en la población mayor española. Presenta buena validez de contenido y validez discriminante, pudiendo ser utilizada para identificar los siguientes subgrupos de la población en riesgo a la soledad: mujeres, personas mayores que no están casadas, aquellos que viven solos, que tienen mala salud física (objetiva y subjetiva), con tamaño reducido de la red social de la familia nuclear, poca satisfacción con las relaciones con la familia nuclear y con poca actividad social.

Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA).

Fue desarrollada por DiTommaso y Spinner (1993) para medir la

experiencia subjetiva de la soledad en adultos de una forma multidimensional. Los autores se basaron en el modelo de soledad propuesto por Weiss (1980) para elaborarla. Los tres aspectos que evalúa la escala son: la soledad social, la soledad familiar y la soledad romántica a través de 37 ítems con escala de respuestas de tipo Likert, desde “Totalmente en desacuerdo” (1) hasta “Totalmente de acuerdo” (7).

Hay una versión de la SELSA-S adaptada al español por (Yárnoz Yaben, 2008), con propiedades psicométricas satisfactorias, coeficientes alfa de Cronbach .71 para la subescala de soledad social, .83 tanto para soledad familiar como para soledad romántica (o de pareja), y .84 para la escala completa, indicando ser un instrumento efectivo para medir la soledad con un abordaje multidimensional (Hombrados-Mendieta et al., 2013). Aunque haya sido aplicada a diferentes muestras - estudiantes universitarios, personas divorciadas y pacientes de centros de salud mental - no fue administrada en muestras específicas de personas mayores españolas.

Según Yárnoz Yaben (2008), la SELSA-S es un instrumento corto y fácil de contestar, además de considerar los aspectos social y emocional de la soledad, en vez de simplemente medir la intensidad del sentimiento (más o menos solo). La autora considera que se trata de un instrumento de medida adecuado para ser utilizado tanto de forma preventiva como de intervención en el ámbito de la salud.

Emotional and Social Loneliness Inventory (ESLI). Es una escala multidimensional que fue diseñada por Vincenzi y Grabosky (1987) con el objetivo de diferenciar entre cuatro constructos de la tipología de soledad sugerida por Weiss (1980): las condiciones de aislamiento social y emocional y los sentimientos de soledad social y emocional. Está compuesta por 30 ítems, 15 de los cuales miden los sentimientos subjetivos de soledad (ocho se refieren a la soledad emocional y siete, a la soledad social). Los demás ítems miden el aislamiento social objetivo. Los ítems se presentan en parejas, siendo que la primera pregunta se centra en la percepción de la persona entrevistada sobre una situación o conducta y la segunda busca información sobre cómo se siente la persona entrevistada al respecto de dicha situación o conducta. Las opciones de respuestas van desde “Normalmente cierto” (3) a “Raramente cierto” (0) y la intención de la escala es contrastar la percepción del sujeto sobre su red social frente a cómo se siente sobre ella.

La ESLI fue desarrollada a raíz de algunas críticas de sus autores respecto a los instrumentos disponibles en su época, tales como la *UCLA Loneliness Scale*, la Escala Diferencial de la Soledad y la *Loneliness Rating Scale*, que según ellos presentaban algunos fallos. En primer lugar, la construcción de todos estos instrumentos se basó en muestras de población “normal”, sin incluir a un grupo clínico de pacientes que pudieran estar en mayor riesgo de sentirse solos. Esto podía haber influido en que el punto de corte establecido para indicar la soledad pudiera no ser lo más adecuado para otros tipos de público. Además, las escalas fueron

diseñadas para indicar un grado de soledad sin ofrecer a los médicos información más específica de este estado.

Otro punto débil de los instrumentos anteriores a la ESLI, según han sugerido Vincenzi y Grabosky (1987), es que habían sido validados únicamente en muestras de estudiantes universitarios o de personas con nivel superior de estudios. Esto les llevó a dudar si las escalas también serían válidas para otros colectivos, como por ejemplo aquellos con niveles educativos más bajos. A partir de ahí, los autores de la ESLI aplicaron el instrumento en dos muestras que incluían desde estudiantes de instituto, universitarios y alumnos de postgrado hasta adultos que participaban en un programa de psicoterapia. Estos últimos componían el grupo clínico de la muestra y eran personas que habían sido derivadas porque se creía que tenían problemas de soledad y aislamiento.

El instrumento tiene buena fiabilidad interna, con coeficiente alfa de Cronbach de .85 para soledad social y emocional y .76 para aislamiento social y emocional. Los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas son los siguientes: .83 (aislamiento emocional), .80 (aislamiento social), .86 (soledad emocional) y .82 (soledad social). El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido por los autores de la escala tras haberla pasado a 20 sujetos del grupo clínico en un intervalo de dos semanas fue de .80. El hecho de que el grupo clínico hubiese puntuado más en la escala que las muestras de estudiantes y universitarios confirmó que el instrumento tiene buena validez concurrente.

Según Vincenzi & Grabosky, (1987), la ESLI es una herramienta útil para los médicos porque puede ayudarles y a los propios pacientes porque pueden entender mejor sus problemas. Con los resultados de esta escala se obtiene una imagen más amplia sobre los déficits actuales de las redes sociales de sus pacientes, así como sus grados de angustia. Además, les permite identificar problemas específicos cuando hay discrepancias entre la percepción de cada situación y la forma como los pacientes se sienten acerca de ellas.

Escala ESTE. A nivel local, se ha desarrollado en la Universidad de Granada un instrumento para medir la soledad en la población mayor española. Tiene 36 ítems que miden cuatro dimensiones de la soledad: la soledad familiar, la soledad conyugal, la soledad social y la soledad existencial. Su elaboración se basó en otros instrumentos conocidos (UCLA, SELSA, ESLI y la Escala de Satisfacción Vital de Philadelphia) y se añadieron una serie de indicadores de autopercepción (Rubio Herrera, 2004).

Pregunta única. Por otra parte, hay que mencionar que algunos autores prefieren utilizar una pregunta única sobre la integración social en detrimento de las escalas validadas. Su formulación y las escalas de respuestas pueden variar, siendo una de las formas más habituales la pregunta directa “*¿Se siente usted solo?*” con escalas de tres o cuatro puntos, desde “Nunca” o “Casi nunca” hasta “A menudo” (Aartsen & Jylhä, 2011; Losada et al., 2012; Tiikkainen & Heikkinen, 2005). O algo más

específico, como “*¿Con qué frecuencia experimentó usted el sentimiento de soledad en la última semana?*”, con escala de respuesta de cuatro puntos: desde “Casi nunca” hasta “Casi todo el tiempo” (Sundström, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009).

La pregunta única es una medida directa, una opción fácil para ser usada en los entornos clínico y de investigación por su brevedad y suele tener buena aceptación de los entrevistados (Luanaigh & Lawlor, 2008; Victor et al., 2005). Sin embargo, al cuestionar una persona directamente sobre su sentimiento de soledad, se corre el riesgo de que lo niegue, aunque sí se sienta sola, y consecuentemente, se obtendrían datos infravalorados del fenómeno y es así porque la soledad suele ser percibida como un estigma, asociado a un fracaso social que las personas no quieren asumir (Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Victor et al., 2005). Además, al optar por la pregunta única, se supone que todos los participantes de la investigación tienen el mismo entendimiento sobre el significado de la soledad, cuando es probable que existan distintas interpretaciones para el mismo término (Luanaigh & Lawlor, 2008; Victor et al., 2005).

Nicolaisen y Thorsen (2014a) detectaron diferencias de género entre las puntuaciones de soledad social y emocional: mientras los varones estaban socialmente más solos que las mujeres en todos los grupos de edad, las mujeres mayores (50 o más años) estaban algo más solas emocionalmente que los varones. Esa diferencia podría ser explicada por el hecho de que generalmente las mujeres mayores se quedan viudas antes

que los hombres y suelen vivir solas por más tiempo que los hombres (Nicolaisen & Thorsen, 2014a). Además, se detectaron diferencias en el orden de los factores predictores de soledad dependiendo del instrumento de medida utilizado. En el caso de la DJGLS, el predictor más importante fue la salud percibida, seguida del estado civil, la edad y el género, en este orden. Cuando fue medida con una pregunta directa, el estado civil se presentó como el principal factor predictor de soledad, seguido de la salud percibida, el género y la edad, en este orden. Sin embargo, en el grupo de personas mayores, el hecho de no tener pareja fue el principal predictor de soledad, independientemente del instrumento de medida empleado.

Otros resultados de dicha investigación se refieren a las asociaciones entre soledad y algunos datos sociodemográficos. En primer lugar, se identificó que la medida directa de soledad se asociaba significativamente con la edad, siendo que las personas más mayores informaban soledad con mayor frecuencia que las más jóvenes. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el nivel de soledad en función de edad cuando medido de forma indirecta. Además, cuando medida de forma indirecta, los individuos con niveles más altos de estudios tendían a informar menos soledad. La soledad fue más frecuente en mujeres y menos frecuente en personas casadas, con menos discapacidades en las AVDs y mejor estado de salud con ambos instrumentos de medida.

En resumen, existe una gran variedad de instrumentos disponibles para medir los sentimientos de soledad y el apoyo social, desde escalas que fueron cuidadosamente elaboradas y validadas, presentando buenas características psicométricas, hasta preguntas más sencillas que tratan el tema de la soledad de forma directa. Pese las ventajas y las desventajas de cada tipo de instrumento de medida, cabe al investigador elegir aquel que mejor se adecúe a su estudio y a las características de la muestra que será entrevistada.

Una vez expuestos los temas de satisfacción con la vida y bienestar, el envejecimiento exitoso y activo y el aprendizaje a lo largo del ciclo vital, nos planteamos como objetivo de esta investigación estudiar las variables que predicen la satisfacción con la vida en personas mayores que participan en Programas Formales de aprendizaje de Universidades de Mayores.

Tabla 4 Cuadro resumen de los instrumentos utilizados para medir la soledad y apoyo social

Escala	Versiones	Autores (año)	Nº ítems	Alfa de Cronbach	Población diana
UCLA	UCLA	Russell, Peplau, y Ferguson (1978)	20	.96	Estudiantes universitarios
	UCLA-R	Russell, Peplau, y Cutrona (1980)	20	.94	Estudiantes universitarios
	UCLA-3	Russell (1996)	20	Entre .89 y .94	Población general
	Versiones reducidas	Varios	3, 4, 6, 8, 10	Entre .75 y .84	Población general
DJGLS	DJGLS	de Jong Gierveld y Kamphuis (1985)	11	.84	Población general
	DJGLS reducida	de Jong Gierveld y van Tilburg (2006)	6	Entre .70 y .76	Población general
SELSA	SELSA	DiTommaso y Spinner (1993)	37	Entre .89 y .93	Adultos
	SELSA-S	DiTommaso, Brannen, y Best (2004)	15	-	Adultos
ESLI	ESLI	Vincenzi y Grabosky (1987)	30	Entre .76 y .85	Adolescentes y adultos
ESTE	ESTE	Rubio (2004)	36	.92	Población mayor
DLS	DLS	Schmidt y Sermant (1983)	60	Entre .89 y .92	Población general
IMSOL	IMSOL	Montero-López (1999)	66	Entre .72 y .94	Población general
	IMSOL-AM	Montero-López y Rivera-Ledesma (2009)	20	.89	Población mayor

Escala	Versiones	Autores (año)	Nº ítems	Alfa de Cronbach	Población diana
LLS	LLS	Honigh-de Vlaming et al. (2014b)	22	Entre .74 y .87	Población mayor
LRS	LRS	Scalise, Ginter, y Gerstein (1984)	40	Entre .82 y .89	Población general
CLS	CLS	Asher, Hymel, y Renshaw (1984)	24	.90	Niños
Social Support Questionnaire-SSQ	SSQ	(Saranson, <i>et al.</i> , 1983)	27		
Escala de apoyo social Medical Outcomes Study	MOS-SSS	(Sherbourne & Stewart, 1991).	20	.86 – .94	
Norbeck Social Support Questionnaire- NSSQ		(Norbeck, Lindsey & Carrieri, 1983)			
Lubben Social Network Scale – LSNS	LSNS-R LSNS-6 LSNS-18	(Lubben y Gironde, 2004)	12 – 6 18	.78	
Escala de Apoyo Social Funcional Duke-UNC	Duke-UNC-11	(Broadhead, Gehlbach, De Gruy, & Kaplan, 1988)	11	.90 – .94	Población mayor
Cuestionario Breve de Apoyo Social	CBAS	(Sandín, Valiente & Chorot, 2008)			

(Fuente: Adaptada de (Donio-Bellegarde Nunes, 2017; Terol et al., 2004)

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

6 JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El incremento de la población de personas mayores en valor absoluto y relativo, así como el aumento de la heterogeneidad –de características sociales, culturales, económicas, de salud- del grupo de población de mayores de 55 años supone un reto y una oportunidad.

La evidencia nos muestra relaciones entre el envejecimiento con éxito y la actividad social, entre los indicadores de salud y la soledad. Diversas teorías tratan de establecer modelos que expliquen cómo se relacionan los factores sociodemográficos y las redes de apoyo social con variables como el bienestar, la soledad, y la depresión y la salud.

La satisfacción con la vida se relaciona con una mejor salud y una mayor felicidad. Conocer los antecedentes que llevan a percibir la vida como más satisfactoria puede ayudar a diseñar acciones sociales con una fuerte repercusión sanitaria a largo plazo.

Es necesario disponer de herramientas fiables y válidas que permitan medir las redes de apoyo social con que cuentan las personas mayores y entender en qué grado y cómo influyen esas redes sociales en su bienestar y la satisfacción con la vida.

6.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OG-Objetivo general.

Evaluar la capacidad predictora del apoyo social percibido sobre la satisfacción con la vida en alumnos de un programa universitario para personas mayores.

6.2.1 OE1-Objetivo específico 1.

Describir el estado del arte del constructo satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, soledad y apoyo social en las personas mayores.

6.2.2 OE2- Objetivo específico 2

Describir y analizar las relaciones entre satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, apoyo social, y variables demográficas.

6.2.3 OE3- Objetivo específico 3

Validar la escala de red social LSNS-R (Lubben & Gironde, 2003) en población española de adultos mayores.

6.2.4 OE4- Objetivo específico 4

Proponer un modelo integrado para predecir el bienestar hedónico y eudaimónico.

H-Hipótesis.

6.2.5 H1- Hipótesis 1

La satisfacción con la vida de las personas mayores se relacionará positivamente con su red de apoyo social -contacto con la familia y participación social y red social.

6.2.6 H2- Hipótesis 2

La satisfacción con la vida se relacionará negativamente con los indicadores de soledad y depresión.

6.2.7 H3- Hipótesis 3

Los indicadores de salud y autocuidado se relacionarán positivamente con su red de apoyo social -contacto con la familia y participación social.

6.2.8 H4- Hipótesis 4

Los indicadores de satisfacción con la vida se relacionarán directamente con el bienestar.

6.2.9 H5- Hipótesis 5

Los recursos sociales (Red Social y Apoyo social) estarán relacionados con variables demográficas como el número familiares, el estado civil y la situación laboral.

Tabla 5 Esquema de Objetivos, Hipótesis y Análisis del estudio

Objetivos	Hipótesis	Análisis
OE1.Describir el estado del arte del constructo satisfacción son la vida, bienestar subjetivo, soledad y apoyo social en personas mayores.		Revisión teórica
OE2.Describir y analizar las relaciones entre satisfacción son la vida, bienestar subjetivo, apoyo social, y variables demográficas.	H1, H2, H3, H4, H5	Análisis diferenciales Análisis bivariados Análisis multivariados
OE3.Validar la escala de red social LSNS-R en población española de adultos mayores.		AFC
OE4.Proponer un modelo que prediga la satisfacción con la vida de los alumnos de un programa universitario para personas mayores.		ESEM

7 MÉTODO

7.1 MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

El programa universitario para mayores (PUM) de la Universidad de Valencia, Universitat dels Majors, está dirigido a personas de más de 50 años. La UV pretende con estos programas “sensibilizar a la sociedad en general sobre el valor del envejecimiento activo, destacar y apreciar la valiosa contribución que las personas mayores hacen a dicha sociedad; promover el envejecimiento activo, la solidaridad intergeneracional, la vitalidad y dignidad de todas las personas, esforzarse más para movilizar el potencial de las personas mayores, para hacer posible el que lleven una vida independiente; estimular el debate y el intercambio de información para desarrollar un aprendizaje mutuo; promover actividades que sirvan en una lucha contra la discriminación por razón de edad y superar los estereotipos relacionados” (Universitat de València, 2013).

De todos los centros en donde la Universidad de Valencia tiene Universitat dels Majors se seleccionaron los centros de Cullera, Gandía, La Eliana, Massamagrell, Ontinyent y Quart de Poblet.

El número de cuestionarios recogidos fue de 598 y el rango de edad de los participantes era de 50 a 80 años. La edad media de los participantes fue de 63,46 años con una desviación típica de 6,18 años, la distribución por edades y sexo puede verse en la Tabla 6 y la distribución de frecuencia de edades en la Figura 6.

Tabla 6 Resumen de casos: Edad y Sexo

Sexo	N	Media	Mediana	DT
Hombre	189	64.93	65.00	5.584
Mujer	403	62.77	62.00	6.328
Total	592	63.46	63.00	6.179

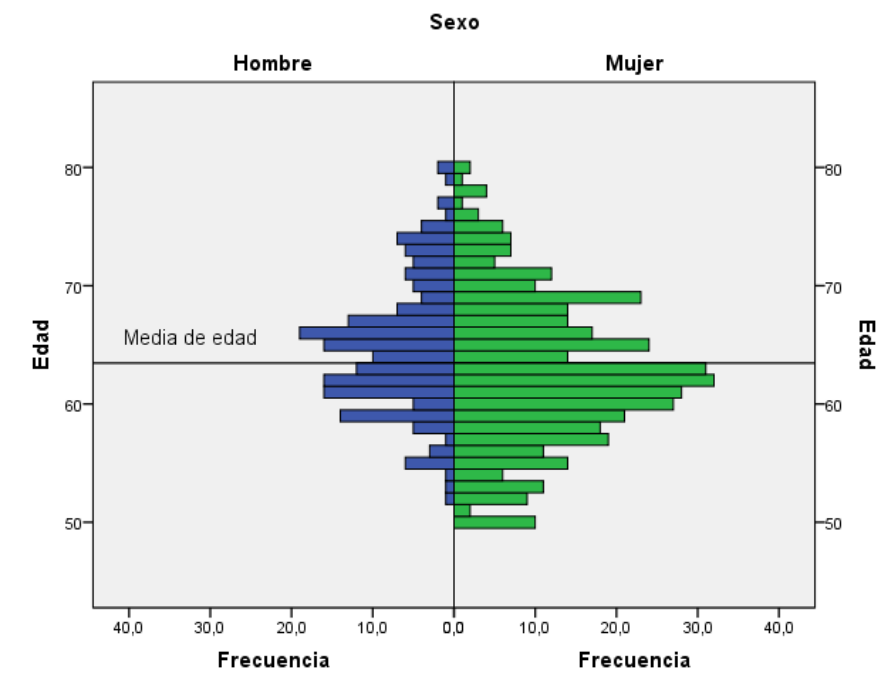


Figura 6 Distribución de frecuencias de edad de la muestra

7.1.1 Estudio transversal.

Este estudio se enmarca en una investigación longitudinal de tres oleadas de recogida de datos de las que para la escritura de esta tesis se ha utilizado datos del segundo tiempo solamente. Estamos pues, ante un estudio de tipo transversal

–no experimental- retrospectivo que puede tener como principal desventaja la confusión entre los efectos debidos a la edad y los efectos debidos a la cohorte.

7.1.2 Cuestionario.

La información se recogió con un cuestionario que se entregó en formato papel y que tenía cuatro páginas (Anexo I). La primera página estaba encabezada por el título “BIENESTAR EN PERSONAS ADULTAS” haciendo referencia al título de la investigación. Se informó de la voluntariedad de su participación, así como del anonimato y confidencialidad de los datos recogidos. El formulario comenzaba con una recogida de datos demográficos (edad, sexo, estado civil, situación laboral, miembros de la unidad familiar) y después continuaba con los bloques de ítems que constituían los diferentes cuestionarios. Los participantes debían marcar con una X en el recuadro correspondiente a la columna encabezada por la categoría que se ajustara mejor a su respuesta; todas las cuestiones se respondían con escala tipo Likert y las categorías estaban ordenadas siempre de menor a mayor frecuencia o acuerdo, independientemente del número de anclajes o de las etiquetas de las categorías. El tiempo estimado para responder al cuestionario era de 45 minutos, aunque con una alta variabilidad a causa de las diferentes condiciones de los participantes, sobre todo en lo que respecta a habilidades de lectoescritura. Antes de repartir los cuestionarios, la persona encargada del pase realizaba una breve presentación en la que se explicaba sucintamente el proyecto, la manera de registrar las respuestas, y hacía hincapié en la confidencialidad de la información y el anonimato de las respuestas.

7.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El cuestionario recogía información de variables descriptoras (sexo, edad, estado civil, situación laboral, situación de cuidado inferido a través de indicadores de frecuencia de contacto con ascendientes y descendientes); de algunos indicadores ad-hoc como el uso de tecnología, participación social y beneficios de la formación en la UV. Y recogía información sobre las siguientes variables psicológicas:

- Bienestar Psicológico, incluyendo:
 - Autonomía
 - Control del entorno (environmental mastery)
 - Crecimiento personal
 - Relaciones positivas
 - Propósito en la vida
 - Autoaceptación
- Autocuidado:
 - Autocuidado físico
 - Autocuidado social
 - Autocuidado interno
- Red Social y Estructural
- Apoyo Social Funcional
 - Apoyo Social Confidencial
 - Apoyo Social Afectivo

- Depresión
- Satisfacción con la Vida
 - Indicador Global de Satisfacción con la Vida
 - Satisfacción con la Vida Pasada
 - Satisfacción con la Vida Presente
 - Satisfacción con la Vida Futura
- Soledad
 - Soledad Social
 - Soledad Emocional
- Aislamiento
 - Aislamiento
 - Rasgo Soledad
 - Conexión Social

7.2.1 Variables sociodemográficas.

Recogidas en el primer bloque de datos del cuestionario donde se anotaba la edad en años y se marcaba con una X en el descriptor de estado civil que mejor se ajustaba a la situación actual. Había que indicar la situación laboral en ese momento y la situación laboral previa. Se pedía el número de ascendientes (padres vivos) y descendientes (hijos o hijas y nietos o nietas) en su familia.

7.2.2 DJGLS-Soledad.

La escala DJGLS -de Jong Gierveld Loneliness Scale- diseñada por de Jong-Gierveld & Kamphuis (1985), que evalúa la soledad como un constructo cognitivo, percibido social y emocionalmente, es utilizada para evaluar la presencia y el grado de sentimientos de soledad. Compuesta por 11 ítems distribuidos en dos subescalas –*soledad social* y *soledad emocional*, a los participantes se les pregunta si la sentencia les aplica en la actualidad y deben elegir una respuesta entre “No”, “Más o menos”, o “Sí”; por ejemplo, “Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios”, “Siento una sensación de vacío a mi alrededor”. La palabra “soledad” no aparece escrita en ninguno de los 11 ítems. Para hallar la puntuación total hay que sumar las puntuaciones de dos subescalas; la puntuación de la subescala de *soledad emocional* (puntuación entre 0 y 6) se halla sumando un punto por cada respuesta de “Más o menos” o “Sí” a los seis ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10 que están formulados de forma “negativa” desde el punto de vista de la deseabilidad social; y la puntuación de la subescala de *soledad social* (puntuación entre 0 y 5) se halla sumando un punto por cada respuesta de “Más o menos” o “No” a los cinco ítems 1, 4, 7, 8, 11 que están formulados de forma “positiva”. En el manual (de Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999) se sugiere categorizar la soledad total en cuatro niveles: “sin soledad” (puntuación 0, 1 o 2), soledad moderada (puntuación de 3 a 8), soledad grave (puntuación 9 o 10) y soledad muy grave (puntuación 11).

La escala muestra buenas propiedades psicométricas y es el instrumento para medir la soledad más usado en Europa. de Jong Gierveld y Tilburg (2006) en un estudio realizado a 3.987 encuestados encontraron un coeficiente alfa de Cronbach de .84 para la escala en su conjunto, y $\alpha = .88$ en cada una de las dos subescalas. En un estudio más reciente, Penning, Liu, & Chou (2014) entrevistaron a una muestra de 243 adultos de entre 45 y 84 años con el objetivo de evaluar la estructura factorial y las propiedades de invariancia –respecto edad y tiempo- de la DJGLS y de la R-UCLA para su uso en investigación y concluyeron la utilidad de la primera en investigaciones con muestras de personas mayores. En España, Buz y Pérez-Arechaederra (2014) estudiaron las propiedades psicométricas y la validez convergente y discriminante de la DJGLS en una muestra de 585 sujetos de 74 años de edad media de los que un 53,5% eran mujeres y concluyeron que es un instrumento fiable para medir la soledad en adultos mayores en España. La muestra estaba compuesta por 328 personas mayores ($M = 75.53$, Rango = 60-99 años) no institucionalizadas. Los análisis factoriales mostraron que la escala era esencialmente unidimensional ($RMR = .088$, $AGFI = .97$). La fiabilidad fue de .91.

En el presente estudio, se utilizó la versión validada en España por Buz, Urchaga, & Polo (2014) cuyas propiedades psicométricas resultaron ser satisfactorias, lo que sugiere que el instrumento tiene alta precisión. En concreto, los índices alfa de Cronbach obtenidos en la presente investigación para las dimensiones de soledad social y de soledad emocional fueron de .721 y .754

respectivamente. Otra investigación reciente en la que se utilizó la misma versión de la DJGLS, se obtuvo índices de fiabilidad un poco más elevados, siendo el alfa de Cronbach de .81 y el CRI (*Composite Reliability Index*) de .89 (Tomás et al., 2017). Los autores concluyen que esta escala presenta buenos niveles de fiabilidad y de validez, siendo adecuada para ser utilizada en muestras de personas mayores españolas.

7.2.3 DUFSS-Apoyo Social.

El Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire o Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (Broadhead, Gehlbach, De Gruy, & Kaplan, 1988) mide la percepción subjetiva sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecerle ayuda en momentos de dificultad, las habilidades en las relaciones sociales y la comunicación empática y emotiva. Para Bellon, Delgado, Luna del Castillo, & Lardelli, (1996), que validaron el cuestionario en población general española, las necesidades sociales básicas de afecto, identidad, pertenencia, seguridad y aprobación pueden ser satisfechas a través de la interacción con otras personas y eso constituiría el concepto de apoyo social, que está relacionado con la calidad de vida y con la salud (Machón, Larrañaga, Dorronsoro, Vrotsou, & Vergara, 2017) y que incluso puede amortiguar el impacto de los acontecimientos vitales estresantes sobre la salud mental (Barrón López de Roda & Chacón Fuertes, 1992; Thoits, 1982). La red social de apoyo constituye el elemento estructural (Gallardo-Peralta, Sánchez-Moreno, Barrón López de Roda, & Arias-Astray, 2015) y como tal tiene propiedades de tamaño, densidad y dispersión

(Barrón López de Roda, 1990; Martínez García & García Ramírez, 1995) y puede prestar el apoyo funcional –elemento cualitativo, aunque la existencia de una red social no garantiza el apoyo ni la calidad de éste.

El Duke-UNC-11 (DUFSS) es un instrumento muy utilizado internacionalmente y también en España para medir el apoyo social funcional por su brevedad y sencillez. Ha sido validado en España en población de adultos mayores de 60 años no institucionalizados (Ayala García et al., 2012) Consta de 11 ítems tipo Likert con cinco puntos de anclaje, desde 1 –totalmente de acuerdo- a 5 –totalmente en desacuerdo- por lo que la puntuación se sitúa en un rango entre 11 puntos como mínimo y 55 como máximo, midiendo el apoyo social percibido, que no tiene por qué coincidir con el apoyo social real, de manera que a menor puntuación, menor apoyo percibido. Fue validado en español por Bellon et al., (1996) con una muestra de 656 pacientes que fueron entrevistados en sus casas y que al aplicar un Análisis Factorial obtuvieron dos dimensiones, ASC-Apoyo Confidencial –posibilidad de contar con otras personas, siete ítems- y ASA-Apoyo Afectivo –demostraciones de cariño y empatía, cuatro ítems; además informaron de la relación entre un bajo apoyo social y situaciones como viudez o divorcio, ser mayor de 40 años o vivir solo; se estableció un punto de corte en el percentil 15 de manera que puntuaciones < 32 indicarían apoyo social percibido bajo y reportaron índices de fiabilidad - α de Cronbach- para la escala total de .90, para la subescala de Apoyo Confidencial de .88, y para Apoyo Afectivo de .79. Más reciente es la validación de Cuéllar-Flores & Dresch, (2012) con 128 cuidadores –Media de edad

= 54,9, Mediana de edad = 56, 14% hombres y 86 % mujeres- que obtuvieron una puntuación media en la escala de 39,78; y encontraron que los dos factores explican un 58,81% de la varianza total de apoyo social, con un Alfa de Cronbach de .89 para la escala total y de .87 y .74 para Apoyo Confidencial y Afectivo respectivamente. Ese mismo año se publicó un estudio cuyo objetivo era validar y analizar las propiedades psicométricas del DUFSS en una muestra española de 1.106 adultos mayores no institucionalizados –Edad Media = 72.1 años con DT = 7.8 años, 56,3% mujeres y 43,7% hombres-, que reportó puntuaciones medias de 44,95 puntos con desviación estándar $\pm 8,9$ y α de Cronbach fue .94 para la escala; y concluyó que el DUFSS es una medida válida y precisa para evaluar el apoyo social en adultos mayores no institucionalizados en España. (Ayala García et al., 2012).

7.2.4 SF-8-Salud Percibida.

La Escala SF-8 (Vallès et al., 2010; Ware, Kosinski, Dewey, & Gandek, 2001) evalúa la salud relacionada con la calidad de vida. Consta de ocho ítems – correspondientes a otros tantos dominios de salud- que puntúan en una escala tipo Likert con cinco anclajes de respuesta diferentes para los ítems 1 a 4 –ninguno, muy pocos, varios, bastantes, muchos- de los ítems 5 a 7 –nada, casi nada, algo, bastante, mucho- y diferentes a su vez del ítem ocho –Muy mala, Mala, Regular, Buena, Muy buena; esta último ítem (“En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?”) se presentó en la misma página del cuestionario pero separado de los siete primeros por razones de maquetación. La escala SF-8 es una

forma reducida a la escala SF-36 de salud percibida (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993).

7.2.5 TSLS-Satisfacción con la vida.

Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Pavot, Diener, & Suh, 1998) validada para la población española y con buenas propiedades psicométricas para utilizarla con personas mayores (Galiana, Gutiérrez, Sancho, & Tomás 2015). Esta escala es una versión ampliada con los conceptos temporales de pasado, presente y futuro de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS de sus siglas en inglés) desarrollada por Diener et al. (1985) y ampliamente utilizada durante más de tres décadas en diferentes contextos culturales y grupos demográficos (Emerson, Guhn, & Gadermann, 2017). La influencia de factores personales como el estado civil y otras circunstancias sociales además de otras limitaciones en las escalas de satisfacción con la vida y la recomendación de revisar su validez en diferentes contextos culturales y grupos etarios ha sido comentada en Diener et al. (2013), sin embargo también informan de la alta fiabilidad de las medidas ofrecidas por los cuestionarios de satisfacción con la vida, que están alrededor de .80 (alpha de Cronbach) y de la sensibilidad de estos test a los cambios que se producen en la vida.

El cuestionario utilizado consta de 15 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con cinco anclajes: Muy en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Ni acuerdo ni desacuerdo (3), De acuerdo (4), Muy de acuerdo (5); por lo que el rango de puntuación varía de 15 a 75. Por ejemplo, el ítem 1 “Si tuviese que vivir en mi

pasado otra vez, no cambiaría nada” hace referencia a la satisfacción con la vida pasada; el ítem 6 “No cambiaría nada de mi vida actual” hace referencia a la satisfacción con la vida presente; y el ítem 11 “No habrá nada que quiera cambiar sobre mi futuro” hace referencia a la satisfacción esperada en el futuro. Los ítems miden:

La SVP-satisfacción con la vida pasada –ítems 1 a 5.

La SVPr-satisfacción con la vida presente –ítems 6 a 10.

Y la SVF-satisfacción con la vida futura –ítems 11 a 15.

Esta versión española del TSLs obtuvo un alpha global de .91, mientras que en el subdominio pasado obtuvo .83, en el presente .81 y en el futuro .86; además se calculó el índice ECV (Expected Common Variance) que representa el porcentaje de varianza común explicado y que resultó .59 para el factor general mostrando una clara estructura factorial testada con Análisis Factorial Confirmatorio, elevada consistencia interna así como validez nomológica, en una muestra de personas mayores en España en la que se validó (Tomás, Galiana, Oliver, Sancho, & Pinazo, 2016).

7.2.6 PWBS-Bienestar Psicológico.

Se utilizó la versión reducida de la escala de bienestar psicológico de Ryff (Ryff & Keyes, 1995), que evalúa la segunda de las dos perspectivas en relación al estudio del bienestar, la *hedónica* –percepción subjetiva que evalúa las situaciones como más o menos placenteras- y la perspectiva *eudaimónica* –o psicológica que

engloba la autoaceptación, crecimiento persona, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, autonomía y dominio del entorno. La escala original fue adaptada a la población española en su versión no reducida de 39 ítems por Díaz et al. (2006). Para evitar algunos problemas relacionados con la consistencia interna y la baja validez estructural, se desarrolló una escala simplificada en una muestra de adultos mayores en España (Villar, Triadó, Celdrán, & Solé, 2010) que obtuvo unos valores de alpha de Cronbach entre .70 y .81.

En la versión reducida utilizada en esta tesis (Ryff & Keyes, 1995), con un alfa de Cronbach de .62, los 18 ítems miden cada una de las seis variables de Bienestar Psicológico:

Los ítems 1 a 3 miden la variable AU-Autonomía (grado de independencia a la hora de tomar las propias decisiones, resistencia a la presión social, por ejemplo: “En general, me influyen las personas con opiniones firmes”);

Los ítems 4 a 6 miden la variable CE-Control del entorno (o dominio del ambiente, mostrando capacidad y competencia de dominio de condiciones externas, y eligiendo entornos y contextos adaptados a los intereses y capacidades personales).

Y así sucesivamente, CP-Crecimiento personal (impulsado por un sentido de mejora y desarrollo continuos en el tiempo, y la expresión del potencial personal).

RP-Relaciones positivas (que facilitan las relaciones personales estrechas y satisfactorias con los otros, facilitando el intercambio de afecto y el desarrollo de la empatía).

PV-Propósito en la vida (que vincula el presente con el pasado y el futuro proporcionando un rumbo vital, y manteniendo las creencias en el tiempo).

AA-Autoaceptación (con una actitud positiva hacia el pasado y el presente de uno mismo, reconociendo tanto los aspectos más positivos como los más negativos; por ejemplo: “En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida”). Cada grupo de tres ítems se presenta con dos en un sentido y el tercero en sentido inverso. La escala de respuesta tipo Likert tiene cinco puntos de anclaje: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo.

7.2.7 PSCS-Autocuidado.

Se utilizó la versión validada en población española (Galiana, Oliver, Sansó, & Benito, 2015) de la Professional Self-Care Scale (PSCS). Esta escala ha sido desarrollada basándose en el modelo de salud de la OMS y su definición de Autocuidado como las actividades individuales, familiares y comunitarias que se llevan a cabo con la intención de mejorar la salud, prevenir la enfermedad, limitar las dolencias y restaurar la salud...realizadas por las personas en su propio beneficio solas o con los profesionales (World Health Organization, 1984). Los autores, además, se propusieron soslayar la falta de un instrumento validado en población española y que además no fuera muy extenso.

Las tres dimensiones de autocuidado que explora el cuestionario de nueve ítems son:

ACF-Autocuidado Físico (entendido como la participación en actividades que ayudan a mantener un cuerpo sano, medido con los ítems 1, 2 y 5).

ACS-Autocuidado Social (relacionado con actividades de tipo social apoyadas en familiares y amigos que ayudan al individuo a mantenerse sano, medido por ítems 3, 4 y 9).

ACI-Autocuidado Interno (que se relaciona con actividades que ayudan a mantener una mente sana, el equilibrio interior, y los componentes de espiritualidad, medido con los ítems 6, 7 y 8).

La escala de respuesta tipo Likert tiene cinco anclajes de respuesta (“Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni acuerdo ni desacuerdo”, “De acuerdo”, “Muy de acuerdo”) y todas las frases están escritas en sentido positivo. El rango de puntuación se sitúa entre 9 y 45. El PSCS se diseñó para su uso con profesionales de los cuidados paliativos, sin embargo, las buenas propiedades psicométricas han permitido su utilización en contextos diferentes. La fiabilidad medida con alfa de Cronbach fue de .62, .53 y .84 para cada uno de los factores, Autocuidado físico, social e interno respectivamente (Galiana, Oliver, et al., 2015). La validez de constructo fue evaluada con un Análisis Factorial Confirmatorio y la validez externa con correlaciones de Pearson, obteniéndose buenos resultados con las tres variables.

7.2.8 LSNS-R Red Social.

Se utilizó una versión en español de la escala de red social de Lubben (Lubben & Girona, 2003). Lubben desarrolló su escala original de 10 ítems para población de adultos mayores (Lubben, 1988) basándose en el índice de red social (BSNI) y evaluando su relación con indicadores de satisfacción con la vida, uso de servicios hospitalarios y conductas relacionadas con vida saludable con los que correlacionaba significativamente. Aunque la versión ampliada LSNS-18 es la preferida para investigación en ciencias sociales (Lubben & Girona, 2003; The Trustees of Boston College, 2017), hemos utilizado la versión de 12 ítems LSNS-R porque es la más utilizada en ámbito sociosanitario y requiere menos tiempo de para responderla, por otro lado, la mayor ventaja de la LSNS-18 sobre la LSNS-R es que la primera diferencia entre amigos y vecinos, pero esta diferencia parece menos relevante en la muestra estudiada. Todos los ítems se responden con una escala de seis anclajes que puntúan de cero a cinco puntos, los ítems 1 a 6 –apoyo de familiares- tienen una escala en la que la respuesta “ninguno” puntúa como (0), “uno” como (1), “dos” como (2), “tres o cuatro” como (3), “de cuatro a ocho” como (4) y “nueve o más” como (5); y los ítems 7 a 12 –apoyo de amigos y vecinos, tienen una escala en la que la respuesta “Nunca” puntúa como (0), “Rara vez” como (1), “A veces” como (2), “A menudo” como (3), “Casi siempre” como (4) y “Siempre” como (5); de forma que el subtotal de cada escala de seis ítems es 30 y el total de la escala es 60 puntos como máximo y cero como mínimo. El punto de corte está establecido en 20 puntos o menos, lo que indicaría una red social muy limitada y riesgo de

aislamiento (The Trustees of Boston College, 2017) . Todas las versiones del cuestionario tienen al menos la subescala “Familia” (RSF) y la subescala “Amigos” (RSA) y exploran las (seis) facetas del apoyo social: tamaño –de la red, frecuencia de contacto, posibilidad de comentar temas privados, tener alguien de confianza a quien pedir ayuda, ser consultado en las decisiones importantes, y tener alguien con quien consultar decisiones importantes.

EL LSNS-R es un instrumento con alta fiabilidad medida con el indicador de consistencia interna alfa de Cronbach que es .78 (University of Western Ontario, 2010). En la Tabla 7 se puede ver las equivalencias entre las diferentes versiones del cuestionario, en la última columna figura los códigos de los ítems utilizados en esta investigación.

Esta escala es ampliamente utilizada en ámbitos sociosanitarios, por ejemplo, para identificar y caracterizar las redes sociales de los usuarios mayores (Vergara Mitxeltoarena & Itziar, 2013), para relacionar las redes sociales con la salud (McKibbin et al., 2016) o la satisfacción con la vida (Lou, 2010).

Tabla 7 Versiones del LSNS

Sub-escala	Dimensiones apoyo social	Ítem	LSNS-18	LSNS-R	LSNS-6	LOL-T2
Familia	Tamaño	1.¿ Con cuántos familiares se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	LSNS-1	R1	S1	L1
Familia	Frecuencia de contacto	2.¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del familiar con el que tiene más contacto?	LSNS-2	R2		L7
Familia	Comentar temas privados	3. ¿Con cuántos familiares se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	LSNS-3	R3	S2	L2
Familia	Confianza para pedir ayuda	4. ¿Cuántos familiares siente suficientemente cercanos para llamarlos cuando necesita ayuda?	LSNS-4	R4	S3	L3
Familia	Le consultan decisiones	5. Cuando su familiar tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia le habla sobre ello?	LSNS-5	R5		L9
Familia	Tiene a quien consultar	6.¿Con qué frecuencia uno de sus familiares está disponible para hablar con usted cuando tiene que tomar una decisión importante?	LSNS-6	R6		L10
Vecino	Tamaño	7.¿ Con cuántos vecinos se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	LSNS-7			
Vecino	Frecuencia de contacto	8.¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del vecino con el que tiene más contacto?	LSNS-8			
Vecino	Comentar temas privados	3. ¿Con cuántos vecinos se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	LSNS-9			
Vecino	Confianza para pedir ayuda	10. ¿Cuántos vecinos siente suficientemente cercanos para llamarlos cuando necesita ayuda?	LSNS-10			
Vecino	Le consultan decisiones	11. Cuando su vecino tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia le habla sobre ello?	LSNS-11			
Vecino	Tiene a quien consultar	12. ¿Con qué frecuencia uno de sus vecinos está disponible para hablar con usted cuando tiene que tomar una decisión importante?	LSNS-12			
Amigo	Tamaño	13.¿ Con cuántos amigos se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	LSNS-13	R7	S4	L4
Amigo	Frecuencia de contacto	14. ¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?	LSNS-14	R8		L8
Amigo	Comentar temas privados	15. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	LSNS-15	R9	S5	L5
Amigo	Confianza para pedir ayuda	16. ¿Cuántos amigos siente suficientemente cercanos para llamarlos cuando necesita ayuda?	LSNS-16	R10	S6	L6
Amigo	Le consultan decisiones	17. Cuando su amigo tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia le habla sobre ello?	LSNS-17	R11		L11
Amigo	Tiene a quien consultar	18.¿Con qué frecuencia uno de sus amigos está disponible para hablar con usted cuando tiene que tomar una decisión importante?	LSNS-18	R12		L12

7.2.9 CESD-7 Depresión.

El CESD-7 es una versión de siete ítems validada (Herrero & Gracia, 2007) para la población española del CESD (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale) original (Radloff, 1977). El cuestionario se validó en una muestra de 790 personas con un rango de edad de 18 a 80 años y una media de edad de 39 años, el 54% eran mujeres.

El cuestionario mostró una estructura unidimensional, y buenas cualidades psicométricas, alfa de Cronbach entre .82 y .85, y validez de constructo.

Este cuestionario mide distrés general y –aunque no sirve para diagnosticar depresión- puede servir para identificar sintomatología relacionada con depresión sin diagnosticar (Herrero & Gracia, 2007).

Las siete preguntas del cuestionario presentado en esta investigación responden a la pregunta “Durante el último mes...” y se presenta ítems como “No podía quitarme la tristeza” (ítem 1) que puntúan positivamente con Depresión. Otros cinco ítems se presentan en el mismo sentido, y el ítem número 6 se presenta en sentido inverso –“disfruté de la vida”-. La escala tiene cuatro puntos de respuesta: menos de 1 día, 1 – 2 días, 3 – 4 días, y 5 – 7 días. El rango de puntuaciones para la variable se sitúa entre uno y cuatro.

7.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, v.20.0 y Mplus v.7.3. En primer lugar, se describieron las características sociodemográficas de la muestra con estadísticos de tendencia central y proporciones. Se analizaron las propiedades psicométricas de los cuestionarios y la validez de constructo con Análisis Factorial Confirmatorio y posteriormente se analizó la consistencia interna de la escala con α de Cronbach y con el Índice Compuesto de Fiabilidad (Composite Reliability Index-CRI). Alfa de Cronbach se interpreta como moderado con valores entre .70 y .79, y estimaciones de .80 o mayores se consideran indicadores de buena fiabilidad. El CRI es un índice basado en los resultados del AFC más adecuado que el alfa de Cronbach en algunos casos (Raykov, 2001) y se interpreta los valores mayores de .70 como indicadores de buena fiabilidad. Para evaluar el ajuste del modelo teórico se empleó un modelo de ecuaciones estructurales para predecir la satisfacción con la vida. Se estimaron análisis factoriales confirmatorios y modelos estructurales MIMIC (Multiple Indicators Multiple Causes) utilizando máxima verosimilitud con correcciones robustas, uno de los procedimientos recomendados para este tipo de datos (Finney & DiStefano, 2006). Para evaluar el ajuste del modelo, se ha utilizado el estadístico chi-cuadrado y el CFI (Comparative Fit Index). Por otra parte, el índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) informa de la parsimonia del modelo y cuando alcanza su valor mínimo (0) indica un ajuste perfecto; hasta 0.05 un ajuste muy bueno, 0.08 indica un ajuste razonable y 0.1 o superior un mal ajuste. Se

utilizaron varios criterios: el estadístico χ^2 , que pone en duda el modelo en caso de significación estadística del test; y dos índices un índice basados en parámetros de no centralidad: el CFI (Comparative Fit Index) con valor superior a .90; y el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation, raíz del error cuadrático medio) de .05 o menor como indicativo de ajuste adecuado. El procedimiento estadístico empleado para comprobar la existencia de diferencias en función de los Recursos Sociales de las diferentes variables demográficas y psicológicas estudiadas ha sido el análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente es la variable Recursos Sociales y las variables dependientes son las puntuaciones obtenidas en las escalas de Recursos Personales. Se ha realizado previamente las comprobaciones oportunas de normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene para comprobar la homocedasticidad de la muestra. El nivel de significación se fijó en $p < .05$. Adicionalmente, si el test F global encontró diferencias, se realizó un ANOVA post-hoc para determinar qué medias son estadísticamente diferentes de las otras. Además, se estimó Eta al cuadrado (η^2) parcial (tamaño del efecto). A este respecto, Cohen (1992) ofrece una guía para la interpretación de las magnitudes de dichos efectos: .02, .13 y 26. Se emplean estos valores como punto de corte de un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente

A continuación, se obtuvieron correlaciones de Pearson y Spearman entre las variables psicológicas. El coeficiente de correlación de Pearson varía entre -1 y

1, los valores de $r = .10$ indican un efecto pequeño (poca relación entre las variables), $r = .30$ moderado y $r = .50$ o mayor una gran relación. Se exploraron las relaciones entre las variables dependientes de Recursos sociales y las variables sociodemográficas y de red social (edad, hijos, nietos y ascendientes –padres vivos) para determinar si estas variables están relacionadas. Para cada variable se presenta dos análisis de correlación, por una parte, una correlación paramétrica – Coeficiente de correlación de Pearson- por su potencia estadística o capacidad para producir un rechazo de la Hipótesis nula H_0 y por otra, una correlación no paramétrica más robusta –Coeficiente de correlación de Spearman- puesto que algunas variables no cumplirían con el supuesto de distribución normal necesario para aplicar el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se contrastaron las correlaciones entre variables.

Nota: aunque no se indique expresamente, en todas las tablas se marca con * el nivel de significación $p < .05$ y con ** el nivel de significación $p < .01$ (bilateral)

8 RESULTADOS

En este capítulo partiremos de las hipótesis planteadas para su comprobación en esta investigación. Para ello presentaremos los resultados obtenidos, divididos en ocho apartados. En el primero de ellos presentaremos los análisis descriptivos de las características sociodemográficas analizadas en este estudio junto con las características de la red social de la muestra. En el segundo apartado presentaremos las propiedades psicométricas de los dos cuestionarios que miden los recursos sociales que se analizan en este estudio: el cuestionario de apoyo social de Duke y el cuestionario de la red social y estructural de Lubben, con el objetivo de contrastar su validez y fiabilidad en esta muestra. En la tercera parte se encontrarán los resultados entre las variables de recursos sociales y las características sociodemográficas. En el cuarto apartado se mostrarán los análisis diferenciales de los recursos Sociales en función del sexo. En el quinto se expondrán los análisis diferenciales de los recursos sociales en función del estado civil. Y en el sexto los análisis diferenciales de los recursos sociales en función de la Situación laboral. En el siguiente apartado, en el séptimo, se expondrán las relaciones y correlaciones, tanto a nivel bivariante como multivariante, de las variables objeto de estudio con las variables de recursos personales, tales como autocuidado, percepción de salud, soledad, satisfacción con la vida, bienestar y depresión. Y finalmente en el último apartado, el octavo, se presentarán los resultados de un modelo de ecuaciones estructurales para modelar e integrar los

efectos de las distintas variables para predecir la satisfacción con la vida en personas mayores que participan en programas formales de aprendizaje.

8.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LA RED SOCIAL

A continuación, en la Tabla 8 se muestra los valores de N y los valores perdidos para las variables demográficas. Se ha analizado la variable edad en 598 sujetos, la variable sexo en 592 –seis valores perdidos- y la variable estado civil en 591 –siete valores perdidos-.

Tabla 8 Valores de N para variables demográficas

	Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral actual	Núm. hijos	Núm. nietos	Padres vivos	Casados vs resto	Situación laboral recodificada
N	598	592	591	552	533	346	272	591	552
Válidos									

En los siguientes apartados examinaremos las características sociodemográficas de la muestra analizada. Comenzaremos por la edad; proporción de sexo hombre o mujer; estado civil –casados, solteros, divorciados o separados, y viudos; situación laboral actual: trabajando, desempleados, con alguna invalidez, jubilados y ama de casa; número de hijos; número de nietos; y número de padres vivos.

Edad. En cuanto a la variable edad, el rango se sitúa entre los 50 y los 80 años, siendo la media de edad de 63,46 años con una desviación típica de 6,18 años. Para facilitar el análisis de los datos, la edad fue dividida en tres rangos –menores de

60 años, entre 60 y 64, y 65 o más años- que se muestran en la Tabla 9 donde se presenta las frecuencias para cada rango de edad, así como la proporción sobre el total y el porcentaje acumulado. El primer rango estaría compuesto por los sujetos de hasta 59 años y representa el 25,9 % de la muestra. El segundo rango estaría formado por los sujetos de edades comprendidas entre los 60 y los 64 años y representan el 31.9 % de la muestra. Por último, el tercer rango estaría formado por los sujetos con más de 65 años y representan el 42,1 % de la muestra y este tercer rango corresponderá a la edad estándar de jubilación. Además, es interesante remarcar que el 50 % de la muestra tiene entre 50 y 62,5 años y el mayor porcentaje de edad se sitúa en torno a los 62 años representando el 8 % del total de sujetos (N=48). Por lo que el perfil de esta muestra de personas mayores que acuden a un programa universitario es relativamente joven. Estos resultados están en consonancia con los encontrados en la literatura, donde hay un mayor predominio y participación en las aulas de los más jóvenes de entre estos mayores (de 55-64 años). En concreto, en el territorio español, un 46% de los alumnos de los programas de Universidades de Mayores tiene menos de 65 años (Villar, 2010)

Tabla 9 Edad: frecuencias según rangos de edad

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 59 años	155	25.9	25.9
	60-64	191	31.9	57.9
	65 o más años	252	42.1	100.0
	Total	598	100.0	

Sexo. En la Tabla 10 vemos el resumen de distribución por sexos, con una proporción de poco más de dos mujeres por cada varón, con 403 (68,1 %) mujeres y 189 hombres (31,9 %) en total. El predominio de mujeres es una constante en los estudios empíricos sobre la participación en programas formativos universitarios para las personas mayores. Entre otros motivos porque el sexo predominante en la vejez es el femenino dado la mayor tasa de mortalidad masculina en todas las edades y una mayor esperanza de vida en las mujeres (Abellán García, Ayala García, et al., 2017).

Tabla 10 Sexo: frecuencias y proporción

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	189	31.9	31.9
	Mujer	403	68.1	100.0
	Total	592	100.0	

Estado civil. Por lo que se refiere al Estado civil, tal y como se observa en la Tabla 11 y para facilitar el análisis de los datos, se han agrupado las categorías en dos: por una parte las personas casadas y que constituyen el 73,8% de la muestra, y por otra encontramos la categoría que hemos llamado “otros” y que está formada

por las personas solteras, viudas, divorciadas y/o separadas. Esta categoría representa el 26, 2% de la muestra. En base a estos resultados, podemos decir, que básicamente casi tres cuartas partes de la muestra estaban casados en el momento que se pasó la prueba, siendo el estado civil predominante en este grupo de edad.

Tabla 11 Estado civil: casados vs resto

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Otros	155	26.2	26.2
	Casado	436	73.8	100.0
	Total	591	100.0	

Para una información más detallada de esta variable, en la Tabla 12 se muestra el resumen de frecuencias y proporción sobre el total de los diferentes estados contemplados en el estudio. Al respecto, señalar que en este grupo de edad son muy bajos los porcentajes en la categoría de divorciado/separado (7,6%) y la categoría de soltero (8,3%) Dadas las tendencias demográficas y sociales previstas para las próximas generaciones de personas mayores en nuestro contexto cultural, estas categorías serán ligeramente mayores, pues las modalidades de convivencia son cada vez más diversas y heterogéneas en las sociedades actuales. La modalidad de “viudo”, representa el 10.2% de la muestra.

Tabla 12 Estado civil: frecuencias y porcentaje

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Casado	436	73.8
	Soltero	49	8.3
Válidos	Divorciado/separado	45	7.6
	Viudo	61	10.3
	Total	591	100.0

Hijos. En la Tabla 13 podemos ver la frecuencia del número de hijos, que es otra variable importante pues tener cónyuge es una potencial fuente de apoyo social familiar. En la muestra el rango va desde “ningún hijo” –1,9%- hasta dos casos con “9 hijos”, con el 52,9% de sujetos con “dos hijos”.

Tabla 13 Hijos: frecuencia y porcentaje de número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	10	1.9
	1	73	13.7
Válidos	2	282	52.9
	3	115	21.6
	4 o más	43	10.0
	Total	533	100.0

Nietos. En cuanto a la variable “número de nietos”, los resultados aparecen reflejados en la Tabla 14, abarcando el rango de “0 nietos” (15 %) hasta el valor máximo que corresponder a “10 nietos” (0.6 %). Del total de la muestra, el 85% tenía nietos y el 50.5% tenía un número de nietos igual a uno o a dos.

Tabla 14 Nietos: número y frecuencia

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	52	15.0	15.0
	1	87	25.1	40.2
	2	88	25.4	65.6
Válidos	3	43	12.4	78.0
	4	38	11.0	89.0
	5 o más	38	10.9	100.0
	Total	346	100.0	

Padres vivos. Respecto al número de padres vivos, los datos se muestran en la Tabla 15. Tal y como se aprecia, más de la mitad de las personas de la muestra tiene todavía un padre o madre vivo (54%).

Tabla 15 Ascendientes: padres vivos

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	125	46.0	46.0
	1	128	47.1	93.0
Válidos	2	17	6.3	99.3
	3	1	.4	99.6
	4	1	.4	100.0
	Total	272	100.0	

Situación laboral. Por último, en relación a la situación laboral actual, los resultados se muestran en la Tabla 16. La categoría “jubilado” representa el 67.8% del total de la muestra. Las personas que están trabajando constituyen tan solo el 9.4%. El 14.7% se encuentra “desempleado” y por último en la categoría de

“Ama de casa” se sitúa el 8.2% de la muestra. Vemos que una cuarta parte, o está trabajando o podría estarlo, y el resto no tiene trabajo remunerado.

Tabla 16 Situación laboral

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Trabaja	52	9.4
	Desempleado o invalidez	81	14.7
Válidos	Jubilado	374	67.8
	Ama de casa	45	8.2
	Total	552	100.0

En resumen y para comprender mejor el alcance de los resultados posteriores creemos de interés aportar una síntesis a modo de perfil tipo, si tuviéramos que personalizar o describir un prototipo de la persona que participa en este estudio, basándonos en un estudio descriptivo muy aproximativo, esta persona sería: una mujer casada, con una edad media de 63 años, jubilada y que vive en su propia casa. La familia de este retrato robot de participante en el estudio estaría formada por su pareja, dos hijos/as y otros tantos nietos/as, donde al menos uno de sus padres habría ya fallecido según este perfil mayoritario.

8.2 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS CUESTIONARIOS DE RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL

En este epígrafe se analizarán las características psicométricas de los cuestionarios DUFSS y LSNS-R mediante Análisis Factorial Confirmatorios (AFC) que informarán sobre el o los factores subyacentes en las escalas.

Adicionalmente se complementará con un análisis de fiabilidad, que informará sobre la consistencia interna de las medidas.

En los siguientes apartados se detallan los resultados obtenidos para los diferentes análisis realizados. En primer lugar, se presentan los resultados de los Análisis Factoriales Confirmatorios del cuestionario LSNS y a continuación se presentan los resultados de los Análisis Factoriales Confirmatorios del cuestionario DUFSS. Posteriormente se incluirá un apartado con el análisis de fiabilidad de cada cuestionario.

8.3.1 AFC de la escala LSNS-R.

La Escala de Lubben ha sido tratada usualmente como unidimensional. Para esta muestra, al realizar un análisis factorial confirmatorio con esta hipotética estructura de un solo factor como hipótesis, el ajuste que se encontró no fue adecuado: $\chi^2(53) = 1596.58$, $p < .001$, CFI= .86, RMSEA= .22 [.21-.23].

Dado que los índices de ajuste, en ambos casos tanto CFI como RMSEA eran inadecuados, y dado que la escala distingue claramente la red familiar, por un lado, y la de los amigos, por otro, se planteó una estructura alternativa con un factor general de red, más dos factores específicos (modelo bifactor), de familia y amigos. Este modelo mejoró algo el ajuste, pero todavía no resultó adecuado: $\chi^2(51) = 1038.34$, $p < .001$, CFI= .90, RMSEA= .20 [.19-.21]. Este modelo, además, mostraba que la división en familiar y amigos no se sostenía a la vista de los estimadores, y que las saturaciones del factor general eran las más importantes.

Ante esta falta de ajuste de los dos modelos teóricos o a priori, y la información que se obtuvo del modelo bifactor, se optó por intentar mejorar el modelo unifactorial mirando a los índices de modificación. Estos propusieron fuertes intercorrelaciones entre residuales de cuatro pares de ítems adyacentes. Al incluirlos, el ajuste mejoró mucho: $\chi^2(50) = 819.18$, $p < .001$, CFI= .94, RMSEA= .16 [.15-.17]. y será, por tanto, este modelo el que se retenga, que muestra la escala como esencialmente unifactorial. Las cargas factoriales estandarizadas se muestran a continuación en la Figura 7.

Así que puede apreciarse claramente que todos los ítems presentan saturaciones factoriales muy relevantes con el factor general. O, en otras palabras, que todos son buenos indicadores del factor general.

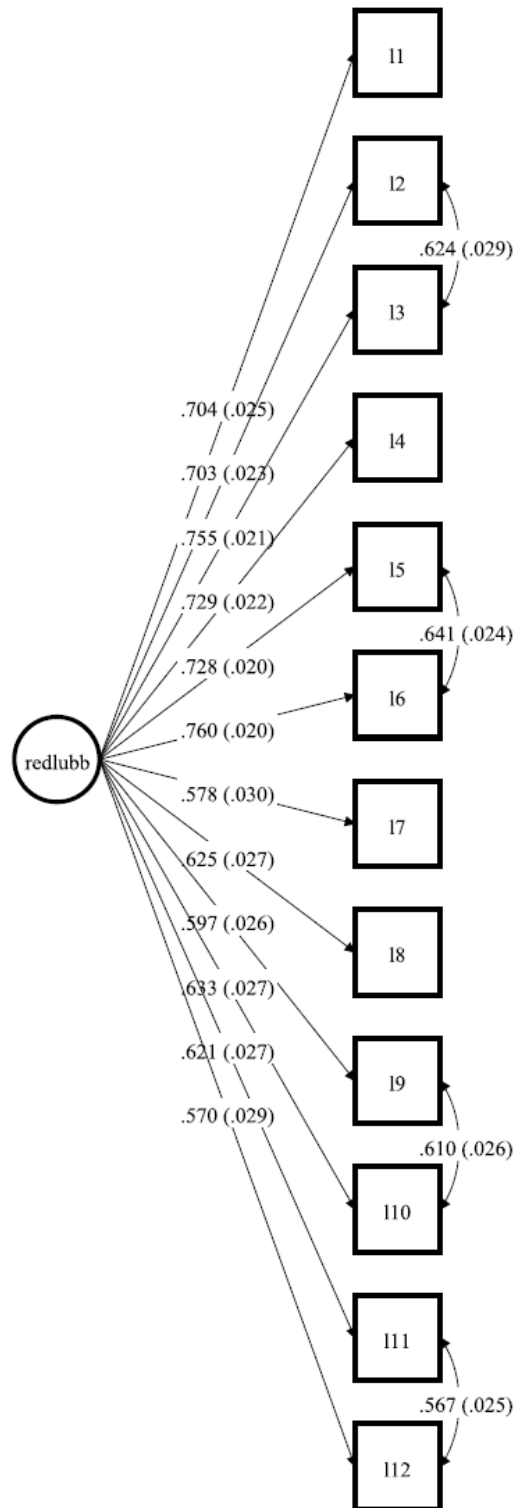


Figura 7 Estimadores estandarizados del modelo factorial para la escala LSNS-R.

Nota: en paréntesis los errores estándar.

8.3.2 AFC del Modelo de la escala DUFSS.

Por lo que hace a la escala de Duke, la estructura a priori de la escala, la encontrada y defendida en otras validaciones en la literatura, plantea dos factores correlacionados, apoyo confidencial y apoyo afectivo. Este modelo ajustó razonablemente bien a los datos: $\chi^2(43) = 391.94$, $p < .001$, CFI= .98, RMSEA= .11 [.10-.12]. Las saturaciones factoriales estandarizadas y sus errores estándar se muestran en la Figura 8.

Nuevamente puede apreciarse que todos los ítems se relacionan muy fuertemente con los factores que pretenden medir. Así, apoyo confidencial está compuesto por los ítems (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10) y apoyo afectivo por los ítems (3, 4, 5, 11).

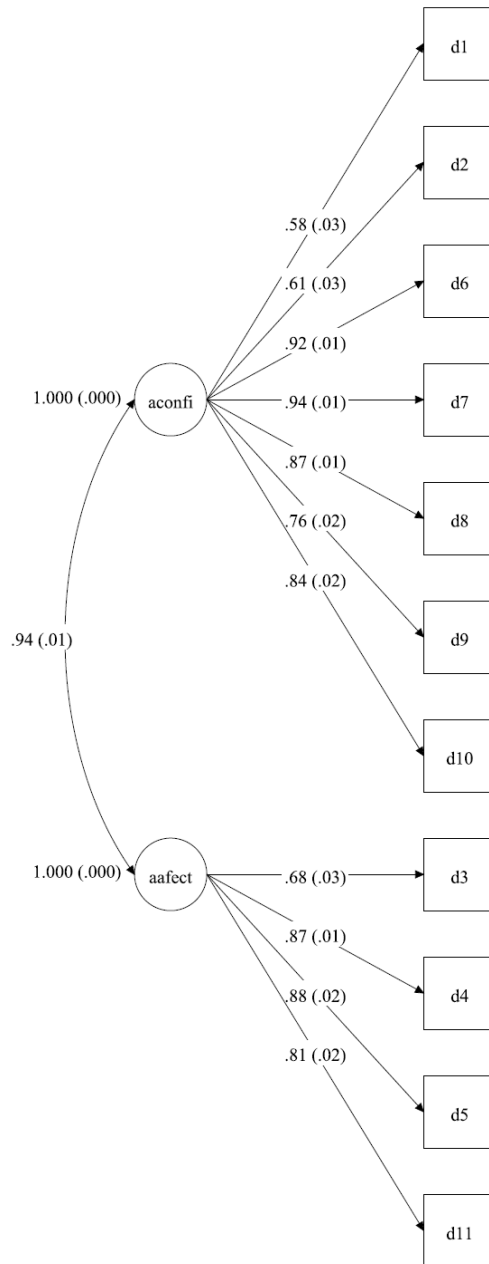


Figura 8 Estimadores estandarizados del modelo factorial para la escala DUFSS.

Nota: en paréntesis los errores estándar

8.3.3 Fiabilidad de las escalas.

Se analizó la consistencia interna de la escala con α de Cronbach y con el Índice Compuesto de Fiabilidad (Composite Reliability Index-CRI). Alfa de Cronbach se interpreta como moderado con valores entre .70 y .79, y estimaciones de .80 o mayores se consideran indicadores de buena fiabilidad. El CRI es un índice basado en los resultados del AFC más adecuado que el alfa de Cronbach en algunos casos (Raykov, 2001) y se interpreta los valores mayores de .70 como indicadores de buena fiabilidad.

8.3.3.1 Fiabilidad de la escala DUFSS.

El coeficiente alpha de Cronbach para el cuestionario fue .924 y el CRI .949, lo que indica una fiabilidad y consistencia interna muy altas. La media de la escala fue 44.31 y una DT de 9.463. En la Tabla 17 se muestran los estadísticos descriptivos de los elementos.

Tabla 17 DUFSS: Estadísticos de los elementos

	N	Media	DT
DUKE1	587	3.59	1.295
DUKE2	550	3.57	1.309
DUKE3	560	3.56	1.247
DUKE4	586	4.19	1.112
DUKE5	589	4.27	1.109
DUKE6	588	4.19	1.098
DUKE7	580	4.15	1.077
DUKE8	568	4.11	1.112
DUKE9	583	4.07	1.159
DUKE10	576	4.18	1.037
DUKE11	564	4.28	1.102
N válido (por lista)	484		

Tabla 18 DUFSS: Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
(D1)	40.65	76.427	.516	.308	.926
(D2)	40.73	75.471	.541	.336	.925
(D3)	40.73	75.180	.617	.395	.921
(D4)	40.09	73.739	.781	.648	.913
(D5)	40.05	73.526	.773	.679	.913
(D6)	40.13	73.056	.813	.784	.911
(D7)	40.15	73.558	.804	.785	.912
(D8)	40.21	73.715	.755	.667	.914
(D9)	40.23	74.762	.680	.532	.918
(D10)	40.13	75.077	.756	.630	.914
(D11)	40.00	75.677	.691	.536	.917

Tabla 19 DUFSS: Matriz de correlaciones entre elementos

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
(D1)	-									
(D2)	.360	-								
(D3)	.324	.432	-							
(D4)	.462	.491	.530	-						
(D5)	.385	.406	.508	.689	-					
(D6)	.410	.449	.532	.644	.771	-				
(D7)	.439	.407	.495	.661	.707	.841	-			
(D8)	.356	.439	.500	.610	.654	.747	.781	-		
(D9)	.451	.367	.475	.528	.574	.563	.548	.559	-	
(D10)	.450	.393	.498	.636	.592	.637	.674	.606	.667	-
(D11)	.387	.462	.469	.671	.597	.558	.546	.506	.490	.606

8.3.3.2 *Fiabilidad de la subescala Apoyo Social Confidencial.*

La muestra (N = 517 sujetos) tenía un $\alpha = .878$ en el subconjunto de siete ítems -1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10- que forman el factor ASC y un CRI = .924 por lo que ambos indicadores muestran una alta fiabilidad de esta escala. La media de esta subescala fue de 27.95 con una desviación típica de 6.109. En la Tabla 20 se muestra la Media y Desviación Típica de cada elemento. La matriz de correlaciones inter-elementos se muestra en la Tabla 21.

Tabla 20 Apoyo Social Confidencial: Estadísticos de los elementos

	Media	DT
DUKE1 (D1)	3.66	1.271
DUKE2 (D2)	3.59	1.300
DUKE6 (D6)	4.19	1.086
DUKE7 (D7)	4.16	1.070
DUKE8 (D8)	4.11	1.102
DUKE9 (D9)	4.07	1.150
DUKE10 (D10)	4.17	1.031

Tabla 21 Apoyo Social Confidencial: Correlaciones inter-elementos

	D1	D2	D6	D7	D8	D9
DUKE1 (D1)	-					
DUKE2 (D2)	.366	-				
DUKE6 (D6)	.397	.449	-			
DUKE7 (D7)	.443	.403	.823	-		
DUKE8 (D8)	.359	.435	.734	.773	-	
DUKE9 (D9)	.453	.357	.546	.553	.544	-
DUKE10 (D10)	.439	.379	.611	.672	.592	.671

En la Tabla 22 también se muestran los estadísticos total-elemento: Media, Varianza, Correlación, Correlación Múltiple y α de Cronbach; cuando se elimina el elemento. En la Tabla 22 podemos ver los coeficientes de homogeneidad – correlación elemento-total corregida- de esta subescala en el que los dos primeros

ítems tuvieron puntuaciones bajas aunque no negativas (.513 y .497 respectivamente) ni inferiores a .35 que aconsejaría desecharlos por ser significativas a nivel 1% (L. Cohen, Manion, & Morrison, 2007), a pesar de ello el alpha de Cronbach aumentaría ligeramente si se eliminaran.

Tabla 22 Apoyo Social Confidencial: Estadísticos Total-Elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
DUKE1 (D1)	24.29	28.711	.513	.293	.882
DUKE2 (D2)	24.37	28.701	.497	.268	.885
DUKE6 (D6)	23.76	27.376	.771	.715	.847
DUKE7 (D7)	23.79	27.275	.796	.768	.844
DUKE8 (D8)	23.85	27.542	.740	.648	.851
DUKE9 (D9)	23.88	27.908	.666	.512	.860
DUKE10 (D10)	23.78	28.301	.725	.588	.854

8.3.3.3 Fiabilidad de la subescala Apoyo Social Afectivo

La subescala ASA -formada por los cuatro ítems 3, 4, 5, y 11- tuvo una media de 16.35 y una desviación típica de la escala de 3.713, con un $\alpha = .836$ y un CRI = .887 por lo que ambos indicadores muestran una alta fiabilidad de esta escala. En la Tabla 23 se muestra la Media y Desviación Típica de cada elemento. La matriz de correlaciones inter-elementos se muestra en la Tabla 24. En la Tabla

25 se muestran los estadísticos total-elemento: Media, Varianza, Correlación, Correlación Múltiple y α de Cronbach cuando se elimina el elemento.

Tabla 23 Apoyo Social Afectivo: Estadísticos de los Elementos

	Media	DT
DUKE3	3.57	1.239
DUKE4	4.21	1.101
DUKE5	4.28	1.106
DUKE11	4.30	1.084

Tabla 24 Apoyo Social Afectivo: Correlaciones inter-elementos

	DUKE3	DUKE4	DUKE5
DUKE3	-		
DUKE4	.526	-	
DUKE5	.488	.672	-
DUKE11	.445	.671	.600

El ítem 3 muestra una inferior correlación elemento-total corregida –de .556- aumentando ligeramente el alfa de la escala –hasta .846- si se elimina dicho ítem.

Tabla 25 Apoyo Social Afectivo: Estadísticos Total-Elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
DUKE3	12.78	8.283	.556	.315	.846
DUKE4	12.14	7.903	.755	.588	.754
DUKE5	12.08	8.152	.698	.509	.778
DUKE11	12.05	8.375	.675	.495	.789

8.3.3.4 *Fiabilidad de la escala LSNS-R*

La escala tuvo una media de 43.19 y una DT = 9.922; un $\alpha = .866$ y un CRI = .870 que muestran una alta fiabilidad de esta escala. En la Tabla 26 se muestra la Media y Desviación Típica de cada elemento. La matriz de correlaciones inter-elementos se muestra en la Tabla 27. En la Tabla 28 se muestra los estadísticos total-elemento: Media, Varianza, Correlación, Correlación Múltiple y α de Cronbach cuando se elimina el elemento.

Tabla 26 LSNS-R Red Social: Estadísticos de los Elementos

	Media	Desviación estándar
LR1	3.8829	1.07418
LR2	5.1338	1.27602
LR3	3.2881	1.72955
LR4	3.4684	1.17861
LR5	3.2993	1.17929
LR6	3.7955	1.47323
LR7	3.6283	1.13817
LR8	4.5130	1.72743
LR9	3.0558	1.12557
LR10	3.0929	1.14771
LR11	2.7918	1.11589
LR12	3.2398	1.19127

Tabla 27 LSNS-R Matriz de correlaciones entre elementos

	LR1	LR2	LR3	LR4	LR5	LR6	LR7	LR8	LR9	LR10	LR11
LR1	-										
LR2	.450	-									
LR3	.395	.220	-								
LR4	.580	.383	.557	-							
LR5	.354	.450	.253	.412	-						
LR6	.337	.352	.283	.410	.582	-					
LR7	.424	.295	.260	.406	.301	.252	-				
LR8	.195	.301	.685	.259	.250	.209	.318	-			
LR9	.333	.237	.376	.463	.326	.287	.631	.331	-		
LR10	.373	.269	.388	.584	.308	.269	.572	.346	.774	-	
LR11	.247	.254	.257	.336	.493	.408	.319	.356	.398	.411	-
LR12	.245	.182	.211	.320	.382	.360	.365	.251	.408	.433	.658

Tabla 28 LSNS-R Red Social: Estadísticos total-elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
LR1	39.3067	86.455	.543	.456	.857
LR2	38.0558	85.859	.464	.368	.861
LR3	39.9015	78.294	.561	.676	.857
LR4	39.7212	82.861	.662	.630	.850
LR5	39.8903	84.712	.569	.479	.855
LR6	39.3941	82.623	.510	.402	.859
LR7	39.5613	85.330	.562	.493	.856
LR8	38.6766	79.877	.505	.616	.862
LR9	40.1338	84.187	.629	.669	.852
LR10	40.0967	83.454	.652	.687	.850
LR11	40.3978	85.391	.573	.539	.855
LR12	39.9498	85.690	.514	.482	.858

8.3 RELACIONES ENTRE LOS RECURSOS SOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En este apartado vamos a analizar las relaciones entre las variables de estudio –red social y apoyo social- con las variables sociodemográficas: edad, número de hijos, número de nietos y número de padres vivos con el fin de obtener un mayor conocimiento sobre la estructura de la red social y cómo se relaciona ésta con la percepción de apoyo social y de red social. Para cada variable se presentan dos análisis de correlación: por una parte, una correlación paramétrica – Coeficiente de correlación de Pearson- por su potencia estadística y, por otra parte, una correlación no paramétrica más robusta –Coeficiente de correlación de Spearman- puesto que algunas variables no cumplirían con el supuesto de distribución normal necesario para aplicar el coeficiente de correlación de Pearson.

8.3.1 Edad y su relación con los recursos sociales.

Los coeficientes de correlación de Pearson de la edad con las variables analizadas y que son objeto de nuestro estudio (red social y apoyo social) se muestran en la Tabla 29 y tal y como se puede observar, el análisis paramétrico no informa de relaciones significativas entre la edad y las variables analizadas.

Tabla 29 Relaciones entre Recursos Sociales y Edad (Pearson)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
	Correlación de Pearson	-.053	-.020	.039
Edad	Sig. (bilateral)	.194	.633	.337
	N	591	593	593

El análisis no paramétrico informa de relaciones significativas entre la edad y el apoyo social afectivo ($r_s = .098$ $p < .05$). Se podría decir que a mayor edad se asocia de manera significativa con una mayor percepción de apoyo social afectivo, entendido éste como la percepción de apoyo en cuanto a expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos. Si bien, en cualquier caso, la relación es de pequeño tamaño.

Tabla 30 Relaciones entre Recursos Sociales y Edad (Spearman)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial- Duke	Apoyo social afectivo- Duke
	Coefficiente de correlación	-.051	.002	.098*
Edad	Sig. (bilateral)	.219	.967	.017
	N	591	593	593

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

8.3.2 Hijos y su relación con los recursos sociales.

En cuanto a la variable número de hijos, los coeficientes de Correlación de Pearson mostrados en la Tabla 31 no indican la existencia de relaciones significativas entre esta variable y los Recursos Sociales: la red social, el apoyo social confidencial y el apoyo social afectivo.

Tabla 31 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Hijos (Pearson)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial -Duke	Apoyo social afectivo- Duke
	Correlación de Pearson	.070	-.013	.062
Núm. hijos	Sig. (bilateral)	.109	.758	.156
	N	529	529	529

En cambio, cuando se llevan a cabo los análisis no paramétricos para Número de Hijos y dado que esta variable no presenta una distribución normal, los resultados obtenidos y que se muestran en la Tabla 32, son ligeramente diferentes. Tal y como se puede observar, el coeficiente Rho de Spearman ($r_s=.103$, $p<.05$), indicaría la existencia de una asociación significativa positiva entre esta variable y el apoyo social afectivo, lo cual parece lógico, pues a mayor número de hijos parece ser que hay una mayor percepción apoyo social afectivo, y, por tanto, una mayor percepción de expresiones de cariño, estima, amor. Nuevamente, sin embargo, el tamaño de la relación es pequeña.

Tabla 32 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Hijos (Spearman)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial- Duke	Apoyo social afectivo- Duke
	Rho	.055	-.002	.103*
Núm. hijos	Sig. (bilateral)	.205	.966	.018
	N	529	529	529

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

8.3.3 Nietos y su relación con los recursos sociales.

Los análisis correlacionales paramétricos respecto a la variable Número de Nietos, se presentan en la Tabla 33. Pero tal y como se puede apreciar, no aparecen asociaciones significativas entre las variables cuando se calculan las correlaciones de Pearson, aunque la tendencia de esta relación sea positiva. Es decir, que el número de nietos no se relaciona con Apoyo social y Red Social.

Tabla 33 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Nietos (Pearson)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
Núm. nietos	Correlación de Pearson	.071	.003	.040
	Sig. (bilateral)	.191	.956	.455
	N	342	343	343

Pero, dado que la variable número de nietos no presenta una distribución normal, el estadístico más robusto para este caso, sería el coeficiente Rho de Spearman. Los análisis no paramétricos realizados se presentan en la Tabla 34. En este caso, y al igual que en la variable número de hijos, aparece una correlación positiva y significativa entre el apoyo social afectivo y el número de nietos. De nuevo, esta variable se asocia con la percepción de un mayor apoyo social afectivo

tales como expresión de cariño y afecto a medida que aumenta el número de nietos.

Insistir, nuevamente, que la relación es de pequeño tamaño.

Tabla 34 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Nietos (Spearman)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial- Duke	Apoyo social afectivo- Duke
Núm.	Rho	.059	.003	.118*
nietos	Sig. (bilateral)	.273	.962	.029
	N	342	343	343

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

8.3.4 Ascendientes: padres vivos y su relación con los recursos sociales.

Por último para finalizar este apartado, se muestran en la Tabla 35 las relaciones entre la variable ascendientes -número de padres vivos- y las variables de interés en este estudio. En primer lugar, el análisis paramétrico informa de una relación significativa y negativa entre el número de padres vivos y la percepción de apoyo social afectivo; es decir, cuando el número de padres vivos es mayor, la percepción de apoyo social afectivo es menor. Esto parece indicar que, en estas edades, y siendo probablemente los padres muy mayores, empiecen a suponer una carga, lo que se torna en una menor percepción de apoyo.

Tabla 35 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Padres Vivos (Pearson)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial- Duke	Apoyo social afectivo- Duke
--	--	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

		Correlación de		
Padres	Pearson	.081	-.079	-.136*
vivos	Sig. (bilateral)	.184	.193	.025
	N	271	271	271

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Cuando se realiza los análisis no paramétricos para esta variable mostrados en la Tabla 36, pues la variable no presenta una distribución normal, los coeficientes Rho de Spearman informan también de una relación significativa y negativa entre esta variable y el apoyo social afectivo ($r_s = -.124, p < .05$), por lo que el hecho de tener al menos uno de los padres vivos en esta muestra se relaciona de forma negativa con la percepción del apoyo social afectivo y por tanto de demostraciones de amor, cariño y empatía, derivado posiblemente de la interpretación de la situación como estresante.

Tabla 36 Relaciones entre Recursos Sociales y número de Padres Vivos (Spearman)

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial- Duke	Apoyo social afectivo- Duke
Padres	Correlación de Spearman	.091	-.042	-.124*
vivos	Sig. (bilateral)	.135	.489	.041
	N	271	271	271

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

8.4 ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LOS RECURSOS SOCIALES EN FUNCIÓN DEL SEXO

Se estudió una muestra formada por 186 varones y 394 mujeres y el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del sexo en las variables medidas de Recursos Sociales ha sido el análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente es la variable sexo y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en las escalas, habiendo comprobado previamente la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene para comprobar la homocedasticidad de la muestra. Los descriptivos se presentan en la Tabla 37.

8.4.1 Análisis descriptivos de las variables del estudio: Sexo.

La puntuación media obtenida por las mujeres en la variable red social y estructural fue de 3.6, algo mayor que el 3.5 de media de los hombres, de manera similar ocurre con la variable apoyo social confidencial; sin embargo, en la variable apoyo social afectivo la puntuación de los hombres es ligeramente superior a la de las mujeres.

Tabla 37 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (Sexo)

	Sexo	Media	Desviación típica	N
Lubben red social y estructural	Hombre	3.5081	.79102	186
	Mujer	3.6006	.85923	394
	Total	3.5709	.83839	580
	Hombre	3.9285	.89845	186

Apoyo social confidencial-Duke	Mujer	4.0168	.87153	394
	Total	3.9885	.88044	580
	Hombre	4.1263	.94501	186
Apoyo social afectivo-Duke	Mujer	4.0637	.93586	394
	Total	4.0838	.93844	580

8.4.2 Contrastes Multivariados.

Los resultados evidenciaron que existe diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio en función del sexo de los participantes: Traza de Pillai = .019; $F_{3,576} = 3.643$; $p = .013$; $\eta^2 = .019$ (ver Tabla 38), aunque el tamaño del efecto fue sólo del 1.9%

Tabla 38 Contrastes multivariados (Sexo)^a

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	η^2 Parcial
Intersección	Traza de Pillai	.959	4451.929 ^b	3.000	576.000	.000	.959
	Lambda de Wilks	.041	4451.929 ^b	3.000	576.000	.000	.959
	Traza de Hotelling	23.187	4451.929 ^b	3.000	576.000	.000	.959
	Raíz mayor de Roy	23.187	4451.929 ^b	3.000	576.000	.000	.959
SEXO	Traza de Pillai	.019	3.643 ^b	3.000	576.000	.013	.019
	Lambda de Wilks	.981	3.643 ^b	3.000	576.000	.013	.019
	Traza de Hotelling	.019	3.643 ^b	3.000	576.000	.013	.019
	Raíz mayor de Roy	.019	3.643 ^b	3.000	576.000	.013	.019

a. Diseño: Intersección + SEXO
b. Estadístico exacto

8.4.3 Pruebas de los efectos inter-sujetos.

Una vez el MANOVA ha resultado estadísticamente significativo, pasamos a analizar este efecto global, pero variable a variable mediante los correspondientes ANOVAs de continuación. Los análisis muestran que no hay

diferencias en los recursos sociales (Red Social y Red Estructural-RSE, Apoyo Social Confidencial-ASC y Apoyo Social Afectivo-ASA) en función del sexo de los participantes en el estudio (ver Tabla 39). RSE: $F = 1.539$; $p = .215$; $\eta^2 = .003$, ASC: $F = 1.270$; $p = .260$; $\eta^2 = .002$, ASA: $F = .563$; $p = .453$; $\eta^2 = .001$.

Dado que los ANOVAs, uno a uno, no han resultado significativos, pensamos que el MANOVA es la prueba más eficaz para encontrar las diferencias entre las variables. Una vez realizado el MANOVA podemos decir que sí aparecen, en conjunto, algunas diferencias –aunque- pequeñas en apoyo o recursos sociales en función del género.

Tabla 39 Pruebas de los efectos inter-sujetos (Sexo)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	η^2 Parcial
Modelo corregido	Lubben red social y estructural	1.080 ^a	1	1.080	1.539	.215	.003
	Apoyo social confidencial-Duke	.984 ^b	1	.984	1.270	.260	.002
	Apoyo social afectivo-Duke	.496 ^c	1	.496	.563	.453	.001
Intersección	Lubben red social y estructural	6384.960	1	6384.960	9092.196	.000	.940
	Apoyo social confidencial-Duke	7976.235	1	7976.235	10294.334	.000	.947
	Apoyo social afectivo-Duke	8475.196	1	8475.196	9616.287	.000	.943
SEXO	Lubben red social y estructural	1.080	1	1.080	1.539	.215	.003
	Apoyo social confidencial-Duke	.984	1	.984	1.270	.260	.002
	Apoyo social afectivo-Duke	.496	1	.496	.563	.453	.001
Error	Lubben red social y estructural	405.898	578	.702			
	Apoyo social confidencial-Duke	447.845	578	.775			
	Apoyo social afectivo-Duke	509.413	578	.881			
Total	Lubben red social y estructural	7802.822	580				
	Apoyo social confidencial-Duke	9675.344	580				

Total corregi- da	Apoyo social afectivo- Duke	10182.646	580
	Lubben red social y estructural	406.979	579
	Apoyo social confidencial-Duke	448.829	579
	Apoyo social afectivo- Duke	509.910	579

a. R cuadrado = .003 (R cuadrado corregida = .001)

b. R cuadrado = .002 (R cuadrado corregida = .000)

c. R cuadrado = .001 (R cuadrado corregida = -.001)

8.5 ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LOS RECURSOS SOCIALES EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

Se estudió una muestra formada por 428 sujetos casados y 150 que no estaban casados en ese momento –de lo que 47 eran solteros, 45 divorciados o separados y 58 viudos- mediante un MANOVA en el que las variables dependientes fueron las medidas de Recursos Sociales, el Apoyo Social (Duke) y la Red Social y Estructural (Lubben). Los estadísticos descriptivos se presentan en la Tabla 40

8.5.1 Descriptivos de las variables del estudio: estado civil.

Tabla 40 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (Estado Civil)

	Estado civil	Media	Desviación típica	N
Lubben red social y estructural	Casado	3.5962	.82936	428
	Soltero	3.5869	.86671	47
	Divorciado/separado	3.1783	.83116	45
	Viudo	3.6038	.80127	58
	Total	3.5637	.83522	578
Apoyo social confidencial- Duke	Casado	4.0014	.86160	428
	Soltero	4.0111	1.00919	47
	Divorciado/separado	3.7399	1.06487	45
	Viudo	4.0019	.78748	58
	Total	3.9819	.88501	578
Apoyo social afectivo-Duke	Casado	4.1040	.89836	428
	Soltero	4.0514	1.19107	47
	Divorciado/separado	3.8111	1.14460	45
	Viudo	4.0603	.87940	58
	Total	4.0725	.94486	578

8.5.2 Contrastes Multivariados.

Los resultados evidenciaron que no existe diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio en función del estado civil de los participantes: Traza de Pillai = .020; $F_{9,1722} = 1.287$; $p = .239$; $\eta^2 = .007$. Dado que no hay un efecto en el conjunto de las variables de recursos sociales, no procede analizar las variables dependientes una a una.

8.5.3 Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas.

En la Tabla 41 observamos que el p -valor de Lubben (.714) es $> .05$ por lo que se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas, lo que no ocurre para las variables de Apoyo Social.

Tabla 41 Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^a (Estado Civil)

	F	gl1	gl2	Sig.
Lubben red social y estructural	.455	3	574	.714
Apoyo social confidencial-Duke	3.154	3	574	.024
Apoyo social afectivo-Duke	5.314	3	574	.001

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección + ESTCIVIL

8.5.4 Pruebas de los efectos inter-sujetos.

La variable estado civil produce diferencias significativas en la Red Social y Estructural (RSE) $F = 3.512$; $p = .015$; $\eta^2 = .018$, aunque el tamaño del efecto es pequeño ya que sólo un 1,8% de las diferencias en las variables están explicadas por el estado civil del sujeto (ver Tabla 42).

Tabla 42 Pruebas de los efectos inter-sujetos (Estado Civil)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	η^2 Parcial
Modelo corregido	Lubben red social y estructural	7.255 ^a	3	2.418	3.512	.015	.018
	Apoyo social confidencial-Duke	2.860 ^b	3	.953	1.219	.302	.006
	Apoyo social afectivo-Duke	3.528 ^c	3	1.176	1.319	.267	.007
Intersección	Lubben red social y estructural	3091.900	1	3091.900	4490.127	.000	.887
	Apoyo social confidencial-Duke	3934.890	1	3934.890	5029.506	.000	.898
	Apoyo social afectivo-Duke	4072.186	1	4072.186	4568.943	.000	.888
ESTCIVIL	Lubben red social y estructural	7.255	3	2.418	3.512	.015	.018
	Apoyo social confidencial-Duke	2.860	3	.953	1.219	.302	.006
	Apoyo social afectivo-Duke	3.528	3	1.176	1.319	.267	.007
Error	Lubben red social y estructural	395.256	574	.689			
	Apoyo social confidencial-Duke	449.075	574	.782			
	Apoyo social afectivo-Duke	511.592	574	.891			
Total	Lubben red social y estructural	7742.947	578				
	Apoyo social confidencial-Duke	9616.278	578				
	Apoyo social afectivo-Duke	10101.493	578				
Total corregida	Lubben red social y estructural	402.511	577				
	Apoyo social confidencial-Duke	451.935	577				
	Apoyo social afectivo-Duke	515.120	577				

a. R cuadrado = .018 (R cuadrado corregida = .013)

b. R cuadrado = .006 (R cuadrado corregida = .001)

c. R cuadrado = .007 (R cuadrado corregida = .002)

8.5.5 Pruebas post hoc.

Como prueba post hoc realizamos comparaciones múltiples. Según hemos comprobado en la Tabla 41, el cuestionario Lubben cumple el supuesto de homogeneidad de varianza y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey y encontramos diferencias significativas en las medias de la variable Red Social y

Estructural entre casados y divorciados/separados ($DM = .4179$; $p = .008$), y entre viudos y divorciados/separados ($DM = .4256$; $p = .049$).

Tabla 43 Comparaciones múltiples (Estado Civil)

Variable dependiente	(I)Estado civil	(J)Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Lubben red social y estructural	DHS de Tukey	Casado	Soltero	.0093	,12751	1,000	-,3192	,3379
			Divorciado/separado	.4179*	,13004	,008	,0828	,7530
			Viudo	-.0076	,11611	1,000	-,3068	,2915
		Soltero	Casado	-.0093	,12751	1,000	-,3379	,3192
			Divorciado/separado	.4086	,17307	,086	-,0373	,8545
			Viudo	-.0170	,16286	1,000	-,4366	,4027
		Divorciado/separado	Casado	-.4179*	,13004	,008	-,7530	-,0828
			Soltero	-.4086	,17307	,086	-,8545	,0373
			Viudo	-.4256*	,16485	,049	-,8503	-,0008
		Viudo	Casado	.0076	,11611	1,000	-,2915	,3068
			Soltero	.0170	,16286	1,000	-,4027	,4366
			Divorciado/separado	.4256*	,16485	,049	,0008	,8503

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = ,891.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

8.6 ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LOS RECURSOS SOCIALES EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL

De los 543 sujetos de la muestra estudiada, 365 estaban jubilados, 81 en situación de desempleo o invalidez, 45 se clasificaban como ama de casa y 52 estaban trabajando.

8.6.1 Descriptivos de las variables del estudio.

Tabla 44 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (Situación Laboral)

	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Lubben red social y estructural	Trabaja	3.6390	.73978	52
	Desempleado o invalidez	3.6758	.92600	81
	Jubilado	3.5337	.79770	365
	Ama de casa	3.6438	.97881	45
	Total	3.5741	.82864	543
Apoyo social confidencial-Duke	Trabaja	4.0545	.84967	52
	Desempleado o invalidez	3.7822	.94800	81
	Jubilado	4.0167	.85562	365
	Ama de casa	3.9355	.98127	45
	Total	3.9786	.88196	543
Apoyo social afectivo-Duke	Trabaja	4.1010	.86781	52
	Desempleado o invalidez	3.8909	.89730	81
	Jubilado	4.1146	.93032	365
	Ama de casa	4.0796	1.11222	45
	Total	4.0770	.93678	543

8.6.2 Contrastes Multivariados.

Los resultados evidenciaron que no existe diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio en función de la situación laboral de los participantes: Traza de Pillai = .028; $F_{9,1617} = 1.677$; $p = .089$; $\eta^2 = .009$ (ver Tabla 45)

Tabla 45 Contrastes multivariados^a (Situación Laboral)

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	η^2 Parcial
Intersección	Traza de Pillai	.934	2538.479 ^b	3.000	537.000	.000	.934
	Lambda de Wilks	.066	2538.479 ^b	3.000	537.000	.000	.934
	Traza de Hotelling	14.181	2538.479 ^b	3.000	537.000	.000	.934
	Raíz mayor de Roy	14.181	2538.479 ^b	3.000	537.000	.000	.934
Sitlab2	Traza de Pillai	.028	1.677	9.000	1617.000	.089	.009
	Lambda de Wilks	.972	1.685	9.000	1307.068	.088	.009
	Traza de Hotelling	.028	1.690	9.000	1607.000	.086	.009
	Raíz mayor de Roy	.026	4.679 ^c	3.000	539.000	.003	.025

a. Diseño: Intersección + Sitlab2

b. Estadístico exacto

c. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

8.6.3 Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas.

Tabla 46 Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^a (Situación Laboral)

	F	GL1	GL2	Sig.
Lubben red social y estructural	1.210	3	539	.306
Apoyo social confidencial-Duke	1.223	3	539	.301
Apoyo social afectivo-Duke	1.433	3	539	.232

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección + Sitlab2

Aceptamos la hipótesis de igualdad de varianzas, necesaria para poder realizar los siguientes análisis.

8.6.4 Pruebas de los efectos inter-sujetos.

Los análisis muestran que no hay diferencias en los recursos sociales (Red Social y Red Estructural-RSE, Apoyo Social Confidencial-ASC y Apoyo Social Afectivo-ASA) en función de la situación laboral de los participantes en el estudio (ver Tabla 47). RSE: $F = .908$; $p = .437$; $\eta^2 = .005$, ASC: $F = 1.736$; $p = .159$; $\eta^2 = .010$, ASA: $F = 1.275$; $p = .282$; $\eta^2 = .007$. Estos resultados corroboran los hallados en el MANOVA anterior.

Tabla 47 Pruebas de los efectos inter-sujetos (Situación Laboral)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	η^2 Parcial
Modelo corregido	Lubben red social y estructural	1.871 ^a	3	.624	.908	.437	.005
	Apoyo social confidencial-Duke	4.035 ^b	3	1.345	1.736	.159	.010
	Apoyo social afectivo-Duke	3.350 ^c	3	1.117	1.275	.282	.007
Intersección	Lubben red social y estructural	3714.774	1	3714.774	5407.326	.000	.909
	Apoyo social confidencial-Duke	4409.206	1	4409.206	5691.523	.000	.913
	Apoyo social afectivo-Duke	4633.867	1	4633.867	5288.416	.000	.908
Situación laboral	Lubben red social y estructural	1.871	3	.624	.908	.437	.005
	Apoyo social confidencial-Duke	4.035	3	1.345	1.736	.159	.010
	Apoyo social afectivo-Duke	3.350	3	1.117	1.275	.282	.007
Error	Lubben red social y estructural	370.287	539	.687			
	Apoyo social confidencial-Duke	417.562	539	.775			
	Apoyo social afectivo-Duke	472.288	539	.876			
Total	Lubben red social y estructural	7308.612	543				
	Apoyo social confidencial-Duke	9016.855	543				
	Apoyo social afectivo-Duke	9501.528	543				
Total corregida	Lubben red social y estructural	372.158	542				
	Apoyo social confidencial-Duke	421.597	542				
	Apoyo social afectivo-Duke	475.638	542				

a. R cuadrado = .005 (R cuadrado corregida = -.001)

b. R cuadrado = .010 (R cuadrado corregida = .004)

c. R cuadrado = .007 (R cuadrado corregida = .002)

8.7 RELACIONES ENTRE LOS RECURSOS SOCIALES Y LAS VARIABLES DEL MODELO

Para explorar las posibles asociaciones entre las variables de Recursos Sociales y el resto de variables del modelo que han sido utilizadas en este estudio como indicadores de la Satisfacción vital, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables.

8.7.1 Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Autocuidado.

Se encontró (ver Tabla 48) que las dos variables de Apoyo Social –tanto el Afectivo (ASA) como el Confidencial (ASC)- correlacionaban significativamente con las variables Autocuidado Físico (SCF) y Social (SCS) aunque no con Autocuidado Interno. También se encontró que Autocuidado interno sólo correlacionaba significativamente con las otras dos variables de Autocuidado. Todas las correlaciones halladas fueron de signo positivo.

Tabla 48 Correlaciones entre Red social, Apoyo social y Autocuidado

	RSE	ASC	ASA	SCF	SCS
Autocuidado Físico (ACF)	.185**	.151**	.160**	-	
Autocuidado Social (ACS)	.528**	.533**	.481**	.337**	-
Autocuidado interno (ACI)	.118**	.048	.024	.320**	.304**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

En un análisis más detallado de estas relaciones, en la Tabla 48 se puede observar que la dimensión de Autocuidado Físico (SCF), y como previamente se ha comentado, se relaciona de forma positiva y significativa con todas las medidas de

Recursos Sociales, pero la variable con la que muestra una mayor correlación es con la Red social ($r_{xy} = .185, p < .01$). Podríamos decir que a mayor capacidad de Autocuidado Físico mayores puntuaciones en red social. Para el Autocuidado Social (SCS), que también se relaciona de forma significativa y positiva con todas las variables de Recursos Sociales analizadas, la correlación que tiene un mayor es el Apoyo Social Confidencial ($r_{xy} = .533, p < .01$). Es decir, a medida que se ponen en práctica actividades dirigidas a una mayor optimización en las relaciones con amigos y parientes, las puntuaciones de apoyo social confidencial son mayores y, por consiguiente, también lo es la posibilidad de contar con personas para relacionarse. Finalmente, en cuanto al Autocuidado Interno (SCI), que mide la capacidad de poner en práctica actividades que ayuden a mantener el equilibrio emocional y espiritual y mantener así una mente sana, esta variable sólo muestra correlaciones significativas positivas con la medida de Red Social y Estructural ($r_{xy} = .118, p < .01$) y no con las dimensiones del apoyo social funcional. Podemos concluir que una mayor capacidad de autocuidado interno se asocia especialmente con una mayor red social pero no con la percepción de apoyo social.

8.7.2 Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Salud Percibida.

Se encontró (ver Tabla 49) que la mayor correlación se da entre Salud Percibida y el Apoyo Social Afectivo ($r_{xy} = .290, p < .01$), por lo que una mayor puntuación en salud percibida se asocia principalmente con una mayor percepción

de apoyo afectivo y de demostraciones de afecto, afecto y estima. Todas las correlaciones halladas fueron de signo positivo.

Tabla 49 Correlaciones entre Red social, Apoyo social y Salud Percibida

	Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
Salud Percibida	.202**	.266**	.290**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

8.7.3 Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Soledad.

Se encontró (ver Tabla 50) que las correlaciones de las variables de Soledad con el resto de variables fueron de signo negativo. Las correlaciones entre las dos variables de Soledad fueron de signo positivo.

Tabla 50 Correlaciones entre Red Social, Apoyo Social y Soledad

		Lubben red social y estructural	Apoyo social confidencial- Duke	Apoyo social afectivo- Duke	Soledad DJGLS Social
Soledad DJGLS Social	Correlación de Pearson	-.527**	-.525**	-.457**	-
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	
	N	589	592	592	596
Soledad DJGLS Emocional	Correlación de Pearson	-.406**	-.510**	-.453**	.415**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	583	586	585	588

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Con el fin de profundizar más en estas relaciones, en la Tabla 50 se observa que el factor de Soledad Social presenta un coeficiente de Correlación significativo y negativo ligeramente más elevado para la variable de red social y estructural de Lubben ($r_{xy} = -.527, p < 0.01$) que para las variables de apoyo social confidencial y afectivo, a pesar de que también son significativas y negativas como hemos mencionado con anterioridad. Este resultado nos indicaría que una puntuación mayor en percepción de soledad social, se asocia con una menor red social. Dicho de otro modo, a mayor red social (amigos, hijos, nietos, vecinos, parientes...), menor es el sentimiento de soledad social que se siente. La soledad social se refiere a la percepción de la falta de una red social más amplia. En resumen, se podría decir que, a mayor soledad social, menor es la red social que se tiene, menor es la posibilidad de contar con personas para comunicarse (apoyo social confidencial) y se tienen menos demostraciones de amor cariño y empatía (apoyo social afectivo). Algo similar ocurre con la soledad emocional, que se define como una experiencia caracterizada por intensos sentimientos de vacío, abandono o soledad debido a la falta de una pareja romántica o relaciones cercanas. Una mayor puntuación en esta dimensión de soledad, se relaciona significativamente y de forma negativa con todas las variables dependientes objeto de nuestro estudio. En especial esta asociación es mayor para el Apoyo Social Confidencial $r_{xy} = -.510, p < .01$) y por consiguiente el sentimiento de vacío, abandono o soledad se relaciona principalmente, con la menor posibilidad de contar con personas para comunicarse.

8.7.4 Red Social, Apoyo Social y Satisfacción con la Vida Presente.

Se encontró que la variable SVPr (Satisfacción con la Vida Presente) correlacionaba de manera positiva –excepto con Depresión- y significativa –excepto Propósito en la Vida (PV) con todas las variables. La variable AU-Autonomía tenía relación significativa –excepto con LRS- y positiva –excepto con D- con todas las variables. Control del ambiente (CA), crecimiento personal (CP), relaciones positivas (RP) y autoaceptación (AA) correlacionaban significativamente y de forma positiva –excepto con D, que era de signo negativo- con todas las variables. Finalmente, la variable Propósito en la Vida (PV) correlacionaba de forma significativa –excepto con SVPr- y positiva –excepto con D- con todas las variables.

Tabla 51 Correlaciones de Pearson entre Red Social, Apoyo Social y Satisfacción con la Vida

	LRS	ASC	ASA	SVPr	AU	CE	CP	RP	PV
SVPr	.311**	.410**	.416**	-					
AU	.035	.160**	.145**	.147**	-				
CE	.162**	.292**	.286**	.390**	.306**	-			
CP	.196**	.172**	.141**	.112**	.123**	.267**	-		
RP	.264**	.225**	.187**	.098*	.132**	.184**	.144**	-	
PV	.119**	.122**	.095*	.051	.112**	.131**	.128**	.258**	-
AA	.288**	.334**	.345**	.460**	.193**	.418**	.186**	.286**	.158**

8.7.5 Red Social, Apoyo Social y Depresión

Los análisis efectuados mostraron que existen asociaciones significativas y negativas con todas las medidas de Recursos Sociales que se han utilizado en este

estudio. Así, una puntuación mayor en Depresión se relaciona con una menor puntuación en las variables de Red Social y Apoyo Social Funcional (Apoyo Social Confidencial y Apoyo Social Afectivo). En concreto, el coeficiente de correlación de Pearson más elevado se obtiene para el Apoyo Social Afectivo, por lo que cuanto menor es el apoyo percibido mayores son las puntuaciones en depresión. El resto de las variables: Satisfacción con la vida presente y los seis factores del cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff, muestran relaciones positivas y significativas todos ellos con las variables Red Social y las dos dimensiones del Apoyo Social Funcional. Las relaciones son más potentes para Satisfacción con la Vida presente. Esta variable se asocia con un coeficiente de Pearson más elevado con el Apoyo Social Afectivo ($r_{xy} = .416, p < .01$). Los análisis nos permiten concluir que a mayor apoyo afectivo mayor satisfacción con la vida presente.

Tabla 52 Red Social, Apoyo Social y Depresión

		LSNS-R	ASC	ASA
DEPRESION (D)	Correlación de Pearson	-.233**	-.312**	-.344**

8.7.6 Red Social, Apoyo Social y Bienestar.

En lo referente a la variable Bienestar, como ya hemos mencionado con anterioridad, todos los factores correlacionan significativamente y positivamente con las variables objeto de estudio, a excepción, del factor Autonomía (AU), que a pesar de mostrar relaciones significativas con Apoyo Social Funcional

(Confidencial y Afectivo), no muestra relaciones significativas con la Red Social. El factor Autonomía hace referencia a la capacidad de ser independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de cierto modo, autorregulando su conducta. Una puntuación baja en esta dimensión significa preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás, confiando en los juicios de los demás para tomar decisiones. Por lo tanto, este factor no se asocia con tener una mayor o menor Red Social, pero sí con la percepción de Apoyo Social, en especial del componente apoyo Social Confidencial ($r_{xy} = .160$, $p < .01$) cuyo coeficiente de correlación es mayor.

Con respecto al factor Control del Ambiente, que hace referencia a la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es decir, un funcionamiento positivo, muestra un asociación positiva y significativa mayor con el Apoyo Social Afectivo ($r_{xy} = .292$, $p < .01$). Una mayor puntuación en Dominio del Entorno EM, que implica el sentido de dominio y competencia con el entorno se relaciona especialmente con la percepción de mayor comunicación empática y emotiva con los demás. Por otro lado, el factor Crecimiento Personal (PG) muestra un coeficiente de correlación más alto para la variable Red social y Estructural ($r_{xy} = .196$, $p < .01$). Este componente de Bienestar implica la capacidad de autodesarrollo y crecimiento como persona tanto de las potencialidades como de las capacidades. Una mayor puntuación en este factor, describe la existencia de un sentimiento de continuo desarrollo y de mejora a través del tiempo, expansión y crecimiento, apertura a

nuevas experiencias y sentido de desarrollo del propio potencial. En general a mayor Crecimiento Personal (PG) mayor es la puntuación en las variables que miden Recursos Sociales, sobre todo para la percepción de una mayor Red social. A su vez, el factor PR (Relaciones Positivas), que se refiere a la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás y una puntuación alta indicaría la existencia de relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias y de mutua confianza, preocupación por el bienestar de los demás, empatía, afectividad e intimidad. En general, se asocia significativamente y de forma positiva con todas las variables de Recursos Sociales, como ya ha sido mencionado, pero en especial el coeficiente de correlación más elevado se da para la Red Social y Estructural ($r_{xy} = .264, p < .01$). A mayor capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, es mayor la percepción de red social y de contar con parientes, amigos, vecinos, etc. A priori, se podría intuir que este factor se relacionaría con correlaciones más altas con el Apoyo Social Afectivo, pues ambos comparten significados similares en cuanto a su descripción. Pero en la muestra utilizada para llevar a cabo este estudio no ha sido así, de hecho, este componente del Cuestionario de Bienestar de Ryff se relaciona con menor peso con esta dimensión del Apoyo Social Funcional ($r_{xy} = .187, p < .01$), a pesar de ser significativa. El factor Propósito en la Vida (PL), muestra también relaciones significativas con los Recursos Sociales, aunque de todos los factores que componen el Cuestionario de Bienestar estas asociaciones son las más débiles (al igual que ocurre con el factor de Autonomía). Si analizamos más detenidamente las correlaciones que se muestran en la Tabla 53, la correlación es mayor para la Red Social y Estructural que para el resto ($r_{xy} = .119,$

$p < .01$). Por lo que una mayor Red Social se relaciona con un mayor propósito con la vida, es decir, con mayores metas en la vida, sentimientos de significado en el presente y en el pasado y el mantenimiento de creencias que proporcionan significado a la vida. La relación no es tan alta para el Apoyo Social Afectivo, aun siendo significativa ($r_{xy} = .095$, $p < .05$). Por último, en relación al factor Autoaceptación (SA), la asociación más elevada se da para el Apoyo Social Afectivo ($r_{xy} = .345$, $p < .01$). Una alta puntuación en esta dimensión significa que se posee una actitud positiva hacia uno mismo y mayor satisfacción con la vida, tanto en los aspectos positivos como en los aspectos negativos. Este resultado nos indica que a mayor Autoaceptación, mayor es la habilidad de comunicación empática y emotiva con los demás.

Tabla 53 Correlaciones entre Red social, Apoyo social, Depresión, Satisfacción con la Vida y Bienestar

	LRS	ASC	ASA	D	SVPPr	AU	EM	PG	PR	PL
Apoyo social confidencial-Duke (ASC)	.509**	-								
Apoyo social afectivo-Duke (ASA)	.447**	.822**	-							
DEPRESION (D)	-.233**	-.312**	-.344**	-						
SVPPr	.311**	.410**	.416**	-.383**	-					
AU	.035	.160**	.145**	-.098*	.147**	-				
CE	.162**	.292**	.286**	-.384**	.390**	.306**	-			
CP	.196**	.172**	.141**	-.107*	.112**	.123**	.267**	-		
RP	.264**	.225**	.187**	-.183**	.098*	.132**	.184**	.144**	-	
PV	.119**	.122**	.095*	-.086*	.051	.112**	.131**	.128**	.258**	-
AA	.288**	.334**	.345**	-.365**	.460**	.193**	.418**	.186**	.286**	.158**

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel .05 (bilateral).

8.7.7 Depresión, Soledad, Satisfacción con la Vida Presente y Bienestar.

En este apartado se describirán las relaciones entre las variables Depresión, Satisfacción con la vida presente y Bienestar, con cada una de las siguientes variables: Edad, Autocuidado, Salud percibida y Soledad.

En primer lugar, se analizarán los coeficientes de correlación de Pearson entre Depresión, Satisfacción con la Vida Presente y Bienestar con la variable Edad. En la Tabla 54, se observa que la Edad se asocia significativamente y de forma positiva principalmente con la Satisfacción Vital Presente ($r_{xy} = .138$, $p < .01$), indicando los resultados que a mayor edad, mayor es la percepción de la Satisfacción de Vida y refleja por tanto un mayor bienestar subjetivo. Además, la edad también muestra correlaciones significativas con varias dimensiones del Bienestar Psicológico. Así, podemos observar que existe una relación positiva significativa con el factor dominio del entorno que como se ha comentado anteriormente es la habilidad para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias ($r_{xy} = .098$, $p < .05$). De todos los coeficientes de correlación calculados para relacionar la edad con las distintas dimensiones de Bienestar y que han sido significativos, éste es el valor más pequeño. A pesar de ello, podríamos decir que una mayor edad se asocia con un mayor dominio del entorno o ambiente. Otro factor de bienestar que muestra correlaciones con la edad es capacidad para mantener relaciones positivas con los demás. Esta relación es negativa ($r_{xy} = -.119$, $p < .01$), por lo que a mayor edad menor es la habilidad para mantener relaciones interpersonales de calidad, e

implica, por tanto, dificultades para ser cálido, abierto y empático, además de poco esfuerzo para mantener compromisos duraderos. Es decir, las relaciones con los demás son menos satisfactorias. Finalmente, el siguiente factor del Cuestionario de Bienestar de Ryff que también muestra relaciones significativas –y negativas– con la variable Edad es propósito en la vida ($r_{xy} = -.210, p < .01$). De entre todos los factores de bienestar, éste es el que tiene los valores de los coeficientes más elevados y por lo tanto más correlaciona con la edad. Como ya hemos descrito antes, una puntuación baja en este componente nos mostraría personas con falta de sentido vital, con pocas metas u objetivos, sin sentido de dirección, sin percepción de propósito en la ya vivido, ni una filosofía unificadora de la vida. Como se puede apreciar en los resultados que aparecen en la Tabla 54, una mayor edad se asocia con un menor propósito de vida, siendo además esta relación la más elevada de todas las que hemos descrito en este párrafo.

En segundo lugar, se describirán las relaciones de las variables depresión, satisfacción con la vida Presente y Bienestar con la variable autocuidado. Los resultados aparecen en la Tabla 55. Empezando por Depresión y su relación con autocuidado, observamos relaciones significativas y negativas para la dimensión de autocuidado físico ($r_{xy} = -.228, p < .01$) y también para la dimensión de Autocuidado Social ($r_{xy} = -.312, p < .01$). Estos resultados nos indicarían que una mayor presencia de síntomas de depresión se asocia con un menor autocuidado y una menor capacidad para promover actividades o comportamientos dirigidos al mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias con los demás. Destacar en

esta descripción, que el factor de Autocuidado interno y que hace referencia a la capacidad de desarrollar comportamientos para mantener la mente sana y para autorregular las emociones, no se observaron relaciones significativas ni positivas ni negativas con Depresión.

En cuanto a la variable Satisfacción con la vida Presente, también se encontraron relaciones significativas, pero en este caso positivas con todos los componentes de Autocuidado. De todas estas relaciones, es especialmente elevado el coeficiente de correlación para el factor de Autocuidado Social ($r_{xy} = .477, p < .01$). Por lo que una mayor puntuación en esta dimensión se asocia con una mayor puntuación en satisfacción con la vida, especialmente. Parece ser que la puesta en práctica de actividades para una mayor optimización y apoyo en las relaciones con amigos, vecinos y parientes tiene un mayor peso con la satisfacción con la vida y por tanto con el bienestar subjetivo, indicando así la importancia de las relaciones sociales satisfactorias en dicho constructo. En último lugar, en el análisis de las relaciones de la variable bienestar y de los factores que lo componen con las dimensiones de autocuidado, se encontró que el factor autonomía se relaciona significativamente y de forma positiva con el autocuidado social, así a mayor puntuación en autonomía (capacidad de mayor independencia, autodeterminación y autorregulación de la conducta para resistir las presiones sociales) mayor puntuación en la capacidad de promover actividades para tener relaciones sociales más satisfactorias con parientes, amigos, vecinos, etc.

Para el factor Dominio del Entorno se encontraron correlaciones significativas positivas para autocuidado físico ($r_{xy} = .229, p < .01$) y Social ($r_{xy} = .327, p < .01$). A mayor puntuación en ese factor mayor capacidad para desarrollar acciones de autocuidado y para mantener relaciones sociales satisfactorias.

El factor Crecimiento Personal solamente se asocia significativamente y de forma positiva con autocuidado social ($r_{xy} = .181, p < .01$). Por otra parte, el factor propósito en la vida se asocia significativamente, por una parte, con Autocuidado Social ($r_{xy} = .093, p < .05$) y por otra, se relaciona de forma negativa con Autocuidado Interno ($r_{xy} = -.102, p < .05$). Así podríamos decir que una mayor puntuación en propósito de vida y por tanto de metas y objetivos en la vida, se relaciona con una mayor capacidad de autocuidado para tener relaciones sociales satisfactorias. En cambio, una mayor puntuación en PL se asociaría con una menor capacidad de Autocuidado Interno y por tanto en la capacidad de mantener actividades que permitan tener la mente sana y el equilibrio emocional.

Finalmente, el factor autoaceptación que evalúa la actitud positiva hacia uno mismo, correlaciona significativamente y en positivo, principalmente con autocuidado físico ($r_{xy} = .135, p < .05$) y social ($r_{xy} = .367, p < .05$). Así una mayor autoaceptación, mayor promoción de actividades para mantener relaciones sociales estables y satisfactorias con los demás y mayor capacidad para mantener actividades que promuevan el bienestar físico.

Tabla 54 Correlaciones de Pearson entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Edad

	D	SVPr	AU	EM	PG	PR	PL	SA
SVPr	-.383**	-						
AU	-.098*	.147**	-					
CE	-.384**	.390**	.306**	-				
CP	-.107*	.112**	.123**	.267**	-			
RP	-.183**	.098*	.132**	.184**	.144**	-		
PV	-.086*	.051	.112**	.131**	.128**	.258**	-	
AA	-.365**	.460**	.193**	.418**	.186**	.286**	.158**	-
Edad	-.019	.138**	.019	.098*	-.049	-.119**	-.210**	.056

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Tabla 55 Correlaciones entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Autocuidado

	D	SVPr	AU	CE	CP	RP	PV	AA	ACF	ACS
Autocuidado Físico (ACF)	-.228**	.223**	.001	.229**	.077	.016	.021	.135**	-	
Autocuidado Social (ACS)	-.312**	.477**	.164**	.327**	.173**	.181**	.093*	.367**	.337**	-
Autocuidado Interno (ACI)	-.029	.163**	.029	.071	.080	-.041	-.102*	.089*	.320**	.304**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Tabla 56 Correlaciones entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Salud Percibida

	D	SVPr	AU	CE	CP	RP	PV	AA
SP	-.473**	.350**	.100*	.311**	.063	.169**	.112**	.299**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Tabla 57 Correlaciones entre Depresión, Satisfacción con la Vida, Bienestar y Soledad

	D	SVPr	AU	CE	CP	RP	PV	AA	SS
Soledad Social (SS)	.220**	-.328**	-.081*	-.201**	-.162**	-.218**	-.062	-.302**	-
Soledad Emocional (SE)	.389**	-.349**	-.166**	-.274**	-.120**	-.307**	-.195**	-.351**	.415**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

8.8 MODELO ESTRUCTURAL INTEGRADOR

A partir de todos los resultados anteriores se ha ido viendo los principales constructos y variables que se relacionan con un envejecimiento de éxito, esto es, con un envejecimiento con bienestar. Dado que se disponía de indicadores tanto de bienestar hedónico, satisfacción con la vida, como eudaimónico, los factores de bienestar psicológico de las escalas de Ryff, decidimos buscar qué factores biopsicosociales medidos en la tesis tenían mayor poder predictivo, en un contexto multivariado, mediante un modelo de predicción integrador. Dado que se disponen en algunos casos de varios indicadores y se pueden, por tanto, modelar factores latentes, se ha empleado un modelo de ecuaciones estructurales con variables latentes. En concreto, el modelo trata de predecir la satisfacción vital, modelada a partir de las tres dimensiones de la TSLS (satisfacción con la vida pasada, presente y futura), y el bienestar psicológico, modelado con las seis dimensiones de las escalas de Ryff. Los predictores empleados han sido el autocuidado, modelado en base a sus tres dimensiones de autocuidado físico, autocuidado social y autocuidado interno; el apoyo social modelado mediante las dimensiones de las escalas LSNS-R y DUFSS, y las variables Depresión, Soledad y Salud percibida. Todos estos constructos y sus relaciones estimadas mediante el modelo estructural se presentan en la Figura 10

Ajuste del modelo.

El modelo teórico inicial (Figura 9) tiene un ajuste de los datos razonablemente bueno: $\chi^2(116) = 312.793$; $p < .001$, CFI = .91, SRMR = .054, y RMSEA = .053 (90%, CI .046, .060). El RMSEA se consideraron adecuados (Browne & Cudeck, 1993). En consecuencia, el modelo fue retenido como una representación suficiente de los datos. Para que el modelo en formato de diagrama represente solamente las relaciones de interés entre los constructos, se han entresacado las saturaciones factoriales (que solamente sirven para modelar como factores los constructos con dos o más indicadores) a la Tabla 58.

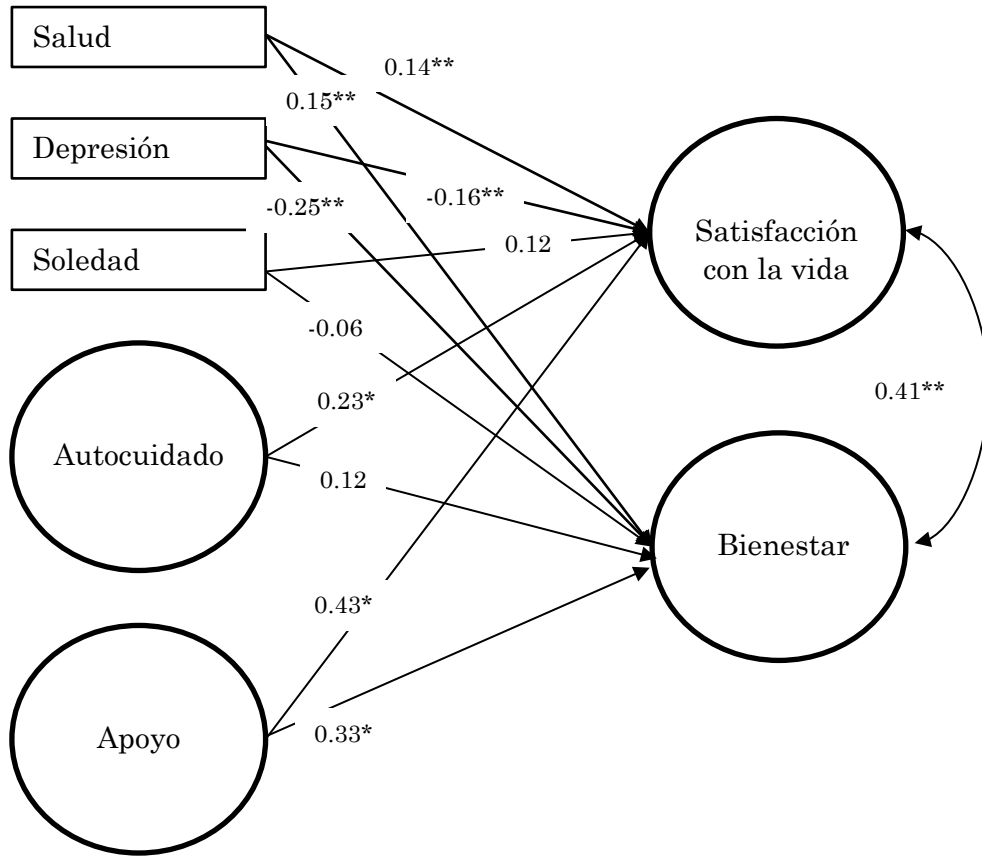


Figura 9 Modelo estructural.

Nota: las correlaciones entre los predictores no se presentan por simplicidad. Se dan en el texto.

Tabla 58 Saturaciones factoriales para los factores del modelo

	AC	AP	SV	BE
Autocuidado Físico	.35**			
Autocuidado Social	.99**			
Autocuidado Interno	.31**			
Red Social		.68**		
AP Social Confidencial		.75**		
AP Social Afectivo		.68**		
SV Pasada (SVA)			.60**	
SV Presente (SVP)			.86**	
SV Futura			.72**	
Autonomía-AU				.32**
Control del entorno-CE				.64**
Crecimiento personal-CP				.30**
Relaciones Positivas-RP				.37**
Propósito en la vida-PV				.23**
Autoaceptación-AA				.71**
Autocuidado (AC)			.23*	.12
Apoyo (AP)			.43*	.33
Depresión (D)			-.16**	-.25**
Salud			.14**	.15**
Soledad			.12	-.06

Nota: AC = Autocuidado, AP = Apoyo, SV = Satisfacción con la vida, BE = Bienestar

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Relaciones entre las variables predictoras.

A continuación, se muestran los datos de las relaciones entre variables en este modelo de ecuaciones estructurales. Las variables se relacionaban de forma significativa ($p < .001$) salvo que se indique ** ($p <$

.01) o * ($p < .05$). De modo sintético se muestran los datos que aparecen en el modelo.

Depresión: con Autocuidado $-.32$, con Apoyo $-.41$, con Soledad $.34$ y con Salud $-.48$ Observamos que la variable depresión correlaciona de forma positiva con la variable Soledad y de forma negativa y más intensa con Salud y Apoyo, y algo menos intensa con Autocuidado.

Salud: con Autocuidado $.27$, con Apoyo $.34$, con Soledad $-.27$. Hay relación inversa entre sentimiento de soledad y salud. Y positiva con Apoyo y Autocuidado, en línea con lo que concluye (Huxhold et al., 2013). Además, en nuestro estudio, la relación de Salud con Satisfacción con la Vida ($.14^{**}$) es similar ($.21^*$) a la obtenida en otro modelo propuesto para una muestra representativa de personas mayores de 65 años (Fernández-Ballesteros et al., 2001).

Soledad: con Autocuidado $-.58$, y con Apoyo $-.82$. El sentimiento de soledad se relaciona de manera inversa e intensa con la variable de Autocuidado y de forma inversa y muy intensa con la variable Apoyo.

Apoyo: con Autocuidado $.75$. La variable Apoyo tiene una fuerte relación con el autocuidado.

Depresión: con Autocuidado $-.32$, con Apoyo $-.41$, con Soledad $.34$ y con Salud $-.48$ Observamos que la variable depresión correlaciona de

forma positiva con la variable Soledad y de forma negativa y más intensa con Salud y Apoyo, y algo menos intensa con Autocuidado.

Salud: con Autocuidado, .27, con Apoyo .34, con Soledad -.27. Hay relación inversa entre sentimiento de soledad y salud. Y positiva con Apoyo y Autocuidado.

Soledad: con Autocuidado -.58, y con Apoyo -.82. El sentimiento de soledad se relaciona de manera inversa e intensa con la variable de Autocuidado y de forma inversa y muy intensa con la variable Apoyo.

Las **variables latentes Bienestar y Satisfacción con la Vida** se asociaron de forma positiva y significativa ($\beta=.41$, $p<.01$)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta tesis doctoral se planteó con la intención de comprender mejor las relaciones entre el apoyo social percibido y la satisfacción con la vida de las personas mayores. En este sentido, se planteó como objetivo general evaluar la capacidad predictora del apoyo social percibido sobre la satisfacción con la vida en alumnos de un Programa Universitario para personas Mayores.

Tabla 59 Resumen de Objetivos, Hipótesis, Análisis y Resultados

Objetivos	Hipótesis	Análisis	Epígrafe	Cumplimiento
OE1.Describir el estado del arte del constructo satisfacción son la vida, bienestar subjetivo, soledad y apoyo social en personas mayores.	-	Revisión teórica	1 a 5	Sí.
	H1: La satisfacción con la vida de las personas mayores se relacionará positivamente con su red de apoyo social - contacto con la familia y participación social y red social.		8.7.4	H1: Sí, SVPr con ASC y ASE.
OE2.Describir y analizar las relaciones entre satisfacción son la vida, bienestar subjetivo, apoyo social, y variables demográficas.	H2: La satisfacción con la vida se relacionará negativamente con los indicadores de soledad y depresión.	Análisis diferenciales Análisis bivariados Análisis multivariados	8.7.7	H2: Sí.
	H3: Los indicadores de salud y autocuidado se relacionarán positivamente con su red de apoyo social -contacto con la familia y participación social.		8.7.1	Sí, parcialmente. (Excepto ACI que no se asocia con ASC ni ASA)
			8.7.2	Sí

Objetivos	Hipótesis	Análisis	Epígrafe	Cumplimiento
	H4: Los indicadores de satisfacción con la vida se relacionarán directamente con el bienestar.		8.7.7	Sí, con todas las variables de bienestar a nivel $p < .01$ excepto RP $p < .05$ y PV n.s.
	H5: Los recursos sociales (Red Social y Apoyo social) estarán relacionados con variables demográficas como el número familiares, el estado civil y la situación laboral.		8.3 8.5 8.6	F: No, n.s. excepto número de hijos y nietos con ASA $p < .05$ EC: sólo con RSE $p < .05$ Sit Lab: n.s.
OE3. Validar la escala de red social LSNS-R en población española de adultos mayores.	-	AFC	8.2.1	Sí.
OE4. Proponer un modelo que prediga la satisfacción con la vida de los alumnos de un programa universitario para personas mayores.	-	ESEM	8.8	Sí. El modelo muestra relación positiva y significativa entre Satisfacción con la Vida y Bienestar ($\beta = .41$, $p < .01$)

9.1.1 Características sociodemográficas de la muestra.

La investigación se realizó con alumnos asistentes a un Programa Universitario para personas Mayores que ya habían participado anteriormente en una primera oleada de estudio. El rango de edad de los participantes estuvo situado entre los 50 y los 80 años, con una media de edad de 63,46 años. El 68,1% de las 598 personas que participaron en la investigación fueron mujeres. Del total de la muestra, un 73,8 % estaban casados en ese momento, y un 1,9% no tenía hijos, aumentando hasta un 15% la proporción de los que no tenía nietos. Aunque estos datos son similares a los de este grupo etario en general, la generalización de los resultados sólo es recomendable al grupo de personas que asisten a Programas Universitarios para Mayores por la posibilidad de haber variables no estudiadas que oculten un sesgo muestral.

9.1.2 Relaciones entre los recursos sociales y las características sociodemográficas.

En relación a la Satisfacción con la Vida medida con el cuestionario DUFSS, los análisis muestran alta coincidencia con estudios anteriores en poblaciones similares para el cuestionario en su conjunto. La media de la escala fue 44.31 con una DT de 9.46, y en el estudio de Ayala García et al. (2012) la media fue 44.95 con una DT de 8.9; asimismo, la correlación

interítems muestra una alta coincidencia con ese estudio, en el que el rango era .47 a .86, muy similar al encontrado en esta investigación que es de .36 a .84.

La media de la subescala ASA (Apoyo Social Afectivo) fue sensiblemente mayor a la encontrada en un reciente estudio con personas mayores de Tenerife (16.35 frente a 11.97) y lo mismo sucede con la subescala ASC (Apoyo Social Confidencial) donde se obtiene un 27.95 frente a un 18.07 (Castellano Fuentes, 2014)

En nuestro análisis se encontraron diferencias poco significativas en relación con las variables de recursos sociales –Apoyo Social, Red Social- y las variables demográficas como la edad, el número de hijos y el número de nietos, aunque todas ellas fueron positivas. En cambio, la relación con la variable Ascendientes fue también significativa a nivel $p < .05$ pero de signo negativo. En relación con los nietos, es necesario señalar la importancia de tener en cuenta la edad de los nietos a la hora de influir en el bienestar de los abuelos (Lou, 2010)

Se encontraron, además, diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio en función de sexo al realizar un MANOVA; en cambio, cuando se analiza una por una las variables, la diferencia no aparece.

En lo que se refiere a la variable Estado Civil, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio en función del estado civil de los participantes.

Lo anterior parece coincidir con la literatura revisada, que no ha encontrado resultados consistentes al relacionar diferencias de sexo con apoyo social, tampoco la influencia es clara respecto a la edad o el estado de salud (Ahmed-Mohamed, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Perez, Forjaz, & Martinez-Martin, 2013)

Los análisis muestran que no hay diferencias en los recursos sociales (Red Social y Red Estructural, Apoyo Social Confidencial y Apoyo Social Afectivo) en función de la situación laboral de los participantes en el estudio.

9.1.3 Características de la red social, satisfacción vital e indicadores de salud.

Los indicadores de salud utilizados fueron las variables Autocuidado Físico (AF), Autocuidado Interno (AI), Autocuidado Social (AS), Soledad y Depresión.

La dimensión de Autocuidado Físico (AF) se relacionó de forma positiva y significativa con todas las medidas de Recursos Sociales, especialmente con la Red Social. El Autocuidado Social (AS), también se relaciona de forma significativa y positiva con todas las variables de

recursos sociales analizadas, la correlación que tiene un mayor es el Apoyo Social Confidencial, mostrando que, a medida que se ponen en práctica actividades dirigidas a una mayor optimización en las relaciones con amigos y parientes, mayor es la posibilidad de contar con personas para relacionarse. Finalmente, en cuanto al Autocuidado Interno (AI), que mide la capacidad de poner en práctica actividades que ayuden a mantener el equilibrio emocional y espiritual y mantener así una mente sana, esta variable sólo muestra correlaciones significativas positivas con la medida de Red Social y Estructural y no con las dimensiones del apoyo social funcional (ASC y ASA). Podemos concluir que una mayor capacidad de autocuidado interno se asocia especialmente con una mayor red social pero no con la percepción de apoyo social.

Respecto a la satisfacción con la vida, los resultados están en línea con lo encontrado en otras investigaciones y que se conoce como “*paradoja del bienestar*” (Mroczek y Kolarz, 1999, citado en Villar et al., 2003) que se da cuando ante las inevitables pérdidas y aumento de dificultades que surgen con el paso de los años en las personas mayores, el bienestar presente se mantiene en niveles altos.

Se ha encontrado que el cónyuge y los hijos son fuentes de apoyo frente a la depresión; concretamente el apoyo instrumental del cónyuge se relaciona negativamente con depresión, pero el de los hijos – sorprendentemente- se relaciona positivamente (Gallardo-Peralta et al.,

2015). Por otro lado, se ha encontrado que recibir muchos tipos de apoyo social puede incrementar los síntomas depresivos indirectamente, siendo este efecto más acusado en mujeres que en hombres y mediados por la variable personal mastery (Ang & Malhotra, 2016).

Respecto a las variables del modelo propuesto, hay dos relaciones que destacan por su intensidad, son: la relación entre Apoyo con Soledad, fuertemente negativa, y la relación de la variable Apoyo con la variable Autocuidado, fuertemente positiva. Estos resultados apoyan los publicados por Liu, Gou y Zuo (2016), en los que basándose en los resultados de un estudio transversal, proponen un modelo donde el apoyo social es un mediador parcial entre la soledad y la depresión, con las consecuencias -que estos autores señalan- que puede tener para prevenir o minimizar el desarrollo de procesos depresivos, por ejemplo, ampliando la red social y las oportunidades de participación de las personas mayores.

La variable Depresión tiene una fuerte relación negativa con los Recursos Sociales. Con Apoyo $-.41$ (Liu et al. (2016), $-.40^{**}$; Roh, Lee, Shibusawa, & Yoo (2015), $-.30$ y $-.28$ para red social familiar y red social amigos respectivamente del LSNS-R), y positiva con Soledad $.34$ (Liu et al. (2016) $.57^{**}$). A su vez, la variable Soledad tuvo una fuerte y negativa relación con apoyo con Apoyo $-.82$ (Liu et al. (2016) $-.41^{**}$).

6.2.1 Validación del LSNS-R

El ajuste del modelo con dos factores para la LSNS-R no fue adecuado al igual que ocurrió en el caso de la validación para este cuestionario en Korea (Hong, Casado, & Harrington, 2011) donde los resultados ($\chi^2 = 221.93$, $df = 53$, $CFI = .77$, $TLI = .71$, $RMSEA = .15$) mostraron un ajuste muy pobre, aunque estos autores no propusieron otro modelo como sí hemos hecho nosotros en el caso de esta tesis doctoral.

6.2.2 Modelo estructural

Una posible explicación a la falta de significación estadística de la saturación factorial de la variable Soledad con la Satisfacción con la Vida y con el Bienestar puede ser que el efecto de la soledad está incluido en la variable Depresión y en la variable Salud. Las cargas factoriales son bajas por lo que convendría explorar otros modelos que expliquen mejor los resultados del análisis.

Al comparar el modelo de esta investigación con el de Meléndez et al. (2008) vemos que las saturaciones factoriales de las variables de Bienestar son sensiblemente diferentes (Tabla 60), una posible explicación la podemos encontrar en el mismo modelo que proponen, en el que la edad se relaciona negativamente con el bienestar de manera que el hecho de que ambas muestras difieran de manera sensible respecto a la media de

edad (75,6 años de media en la investigación citada frente a los 63,46 de este estudio), podría explicar parte de las diferencias.

Tabla 60 Saturaciones factoriales de dos modelos de bienestar

DUFSS	Meléndez et al. (2008)	Modelo propuesto
Autonomía-AU	.48***	.32**
Control del entorno-CE	.74***	.64**
Crecimiento personal-CP	.80***	.30**
Relaciones Positivas-RP	.71***	.37**
Propósito en la vida-PV	.89***	.23**
Autoaceptación-AA	.83***	.71**

***. La correlación es significativa al nivel .001 (bilateral).

La relación entre la variable Apoyo y Satisfacción con la Vida se ha mostrado muy significativa y también ha sido significativa la relación de satisfacción con la Vida con la variable Depresión. En otros estudios se encontró que el Apoyo (red social medido con LSNS-R) de la familia era menos relevante que el apoyo social ofrecido por los amigos para la Satisfacción con la Vida cuando la relacionaban con la variable Depresión (Roh et al., 2015). Todo esto apoya el modelo de esta investigación y ofrece un nuevo modelo más complejo para poner a prueba.

9.2 CONCLUSIONES

Como veíamos en la primera parte, el modelo de envejecimiento exitoso propone el compromiso activo con la vida a través del

mantenimiento de relaciones interpersonales y de actividades productivas. Y, además, la participación en actividades vinculadas con el aprendizaje tiene un impacto positivo en el envejecimiento: permite a las personas encontrar nuevas relaciones sociales a la vez que ayuda al crecimiento personal. Estas ideas las hemos visto en los resultados hallados en la tesis.

Un aspecto fundamental de la vida de las personas es la relación que mantienen con otras personas. La soledad se asocia negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores y los factores relacionados con la red y el apoyo social, el hecho de tener un amigo con quien hablar y no sentirse solo, se relaciona con la satisfacción con la vida. Además, diferentes investigaciones han mostrado que las personas que tenían pareja o un hijo cercano puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida, mientras que vivir solo se asociaba con menos satisfacción con la vida. Otros hallazgos interesantes en la literatura demuestran que el bienestar subjetivo se asocia con medidas como la autoestima, la satisfacción con la vida, el autoconcepto, la depresión, la salud percibida, la calidad de vida, la felicidad y la soledad.

Además, el modelo de Kahana y Kahana (1996) que vimos al principio explicaba el envejecimiento con éxito y reconocía que el mantenimiento de una buena calidad de vida puede ser posible en la medida en que las personas mayores pueden recurrir a los recursos de

afrontamiento internos y externos. Tales recursos pueden ser los comportamientos proactivos que influyen en la promoción de la salud, la ayuda a otros y la planificación de futuro. Las adaptaciones proactivas pueden ayudar a mejorar los efectos adversos del estrés sobre los resultados en la calidad de vida, el bienestar psicológico, el mantenimiento de actividades agradables, y de las relaciones que se consideran más valoradas. Estos aspectos que hemos visto en el marco teórico los hemos visto avalados por los datos de esta investigación. Como veremos más tarde, los estudiantes del Programa universitario para mayores tienen buenas relaciones sociales, apoyo social y mantienen pautas de autocuidado.

Teniendo en cuenta los objetivos previstos y los resultados alcanzados en esta tesis mostramos a continuación las conclusiones de manera ordenada:

1. La presente tesis doctoral ha descrito el estado del arte del constructo satisfacción con la vida y bienestar subjetivo en personas mayores.

Si bien existe mucha literatura científica sobre el significado de la calidad de vida, no conocemos investigaciones previas que hayan analizado las variables que hemos propuesto en esta tesis doctoral. La revisión de la literatura ha dado como fruto el marco teórico (satisfacción con la vida y bienestar, el envejecimiento exitoso y activo y el aprendizaje

a lo largo del ciclo vital), en el que se apoya esta investigación. Hemos podido ver los conceptos más relevantes y los modelos teóricos que más investigación han producido.

2. Descripción y análisis de relaciones entre variables. Con los análisis realizados hemos podido describir las relaciones entre satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, apoyo social, y las variables demográficas.

En primer lugar, hemos definido un perfil tipo de los participantes en el programa analizado: una mujer casada, con una edad media de 63 años, jubilada y que vive en su propia casa, con una familia formada por su pareja, dos hijos/as y otros tantos nietos/as, donde al menos uno de sus padres habría ya fallecido.

Con respecto a las hipótesis, hemos visto que satisfacción con la vida de las personas mayores se relaciona positivamente con la red de apoyo social -contacto con la familia y participación social, negativamente con los indicadores de soledad y depresión, y que los indicadores de salud y autocuidado se relacionan positivamente con la red de apoyo social -contacto con la familia y participación social. Los indicadores de satisfacción con la vida se relacionan directamente con el bienestar, apoyo social y red social. Y los recursos sociales (Red Social y Apoyo social) estarán relacionados parcialmente con variables demográficas como el número familiares, el estado civil y la situación laboral.

Los contrastes multivariados evidenciaron que existen diferencias estadísticamente significativas en las variables objeto de estudio en función del sexo de los participantes. Si bien los ANOVAS no mostraron diferencias en recursos sociales en función del sexo, el MANOVA mostró algunas pequeñas diferencias.

Las dos variables de apoyo social (ASA y ASC) correlacionaron significativa y positivamente con las variables de autocuidado físico y social, también se encontraron correlaciones entre salud percibida y apoyo social afectivo.

Se encontraron mayores puntuaciones en la dimensión de soledad social relacionadas significativa y negativamente con todas las variables dependientes analizadas en la tesis doctoral, en especial para apoyo social confidencial.

Los análisis correlacionales mostraron que unas puntuaciones mayores en depresión se relacionan con menores puntuaciones en las variables de red social y apoyo social funcional (apoyo social confidencial y afectivo, sobre todo para este último. También las variables satisfacción con la vida presente y los seis factores de bienestar psicológico, muestran relaciones positivas y significativas con red social y las dos dimensiones de apoyo social funcional.

Con respecto al bienestar todos los factores correlacionan significativa y positivamente con las variables objeto de estudio excepto con Autonomía.

El factor control de ambiente muestra una asociación positiva y significativa mayor con el apoyo social afectivo. El factor crecimiento personal muestra un coeficiente de correlación más alto para la variable red social y estructural.

Ciertamente, si una cosa hay que destacar de los Programas Universitarios para Mayores es la influencia que tienen en el crecimiento personal de sus participantes.

3. Validación de la escala LSNS-R. Un tercer objetivo que nos planteábamos era validar la escala de red social LSNS-R en población española de adultos mayores. Todos los ítems presentaron saturaciones factoriales muy relevantes con un factor general, mostrando un buen ajuste a la escala unifactorial. La escala mostró una alta fiabilidad.

4. El objetivo final planteado era proponer un modelo integrado que pudiese predecir el bienestar hedónico y eudaimónico. Hemos puesto a prueba un modelo de relación entre las variables que ha mostrado un buen ajuste. El modelo estructural muestra las relaciones entre salud, depresión, soledad, autocuidado, y apoyo con bienestar y satisfacción con la vida.

9.3 LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

La principal limitación viene dada por el tipo de investigación, transversal, que no permite diferenciar los efectos de edad y cohorte, y tampoco medir algunos efectos a largo plazo. Por ejemplo, sería deseable estudiar el bienestar de los alumnos en los diferentes cursos de los Programas Universitarios de Mayores. ¿Hay un efecto de novedad el primer año? ¿el efecto se acentúa, se mantiene o disminuye con siguientes cursos? Sería interesante estudiar la posible permanencia del efecto a largo plazo una vez terminados los programas, ¿se mantienen las redes de apoyo?

En relación con el tipo de investigación, tenemos que señalar con Lucas-Molina, Pérez-Albéniz, Fonseca-Pedrero, y Ortuño-Sierra, (2015) la necesidad de realizar estudios con grupos de control. Al haber realizado una investigación en el marco de los programas universitarios para personas mayores dejamos fuera a otras personas que no han entrado en este tipo de programas, (existen números clausus y cada año, cientos de personas se quedan sin poder acceder a los estudios), y a personas que ni pueden ni se plantean entrar. ¿Cómo es el envejecimiento de estas personas? ¿es igualmente exitoso? ¿las variables se relacionan del mismo modo? ¿Las personas mayores puntuarían igual en las distintas variables de bienestar? ¿en apoyo social y soledad?

También podríamos haber comparado varios programas universitarios para personas mayores de diferentes universidades dado que la organización y funcionamiento de cada uno es distinta. Para intentar lograr esa heterogeneidad en la muestra se decidió entrevistar a los alumnos de la Universitat dels Majors dado que este programa universitario para personas mayores se desarrolla en diferentes sedes y las características de las poblaciones de origen de los participantes son muy diversas (desde poblaciones con 15.000 habitantes como Massamagrell o La Eliana a poblaciones con 74.000 como Gandía).

Una limitación en esta tesis viene relacionada con la edad de los participantes. La muestra es de viejos-jóvenes y no representa a todas las personas mayores de los diferentes grupos de edad. Sabiendo que la esperanza de vida en España es cada vez mayor y está en torno a los 82 años, y que además cada vez hay más personas muy longevas (mayores de 95 o 100 años), en esta tesis doctoral no hemos analizado las dimensiones relacionadas con la satisfacción con la vida en personas muy mayores. La media de edad de la muestra de la tesis ha sido de 63 años.

Otra necesidad de este tipo de investigaciones es la de medir las variables con instrumentos estandarizados. Una limitación podría venir dada por la elección de los instrumentos de medida. Como ya dijimos (p. 145) el estudio se realizó en la Universidad de Valencia y no queríamos que fuese muy costoso en tiempo para los participantes. La media de

tiempo fue 45 minutos. Esta idea previa condicionó la elección de los instrumentos que debían responder a los objetivos planteados. En algunos casos observamos dificultades en la comprensión de algunos ítems y recogimos ideas y sugerencias que nos ayudarán en futuras investigaciones y que nos llevan a pensar en la necesidad de introducir metodología cualitativa en los estudios dado que muchos cuestionarios diseñados originalmente para personas mayores americanas no recogen los diversos modos de vida de las personas mayores en España. Respecto a esto en la presente tesis doctoral no solo hemos utilizado este tipo de instrumentos, sino que se ha aportado la validación del LSNS-R, un instrumento que podemos considerar estándar en la medición de la red social de las personas.

Con respecto al cuestionario TSLs creíamos que íbamos a encontrar grandes diferencias en función del momento temporal en el que los participantes se situaban (presente, pasado, futuro) pero no encontramos los resultados que pensábamos encontrar.

Otra limitación es la referida al estudio de las redes de apoyo, que al igual que la mayoría de estudios, se ha realizado desde una perspectiva egocéntrica *-egocentered-* obviando la perspectiva relacional (Faber & Wasserman, 2002).

Algunas de las cuestiones que nos han surgido al analizar los datos tendrían una respuesta más concreta si hubiésemos añadido algunas

preguntas más en el cuestionario o si pudiésemos hacer análisis causales. Como dijimos en la introducción, esta tesis doctoral se enmarca en una investigación longitudinal. Posiblemente el análisis de los resultados comparando T1, T2 y T3 dé respuesta a muchas de las cuestiones sin resolver en esta tesis.

Continuaremos trabajando con aquellos datos para explorar mejor la relación entre variables.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Aartsen, M. J., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/860177482?accountid=14777>
- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(76), 76. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>
- Abellán García, A., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017 Indicadores estadísticos básicos*. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Abellán García, A., Perez, J., Pujol Rodríguez, R., Sundström, G., Jegermalm, M., & Malmberg, B. (2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1), 1-21. <http://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>
- Ahmed-Mohamed, K., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Forjaz, M. J., & Martinez-Martin, P. (2013). Perceived Social Support of Older Adults in Spain. *Applied Research in Quality of Life*, 8(2), 183-200. <http://doi.org/10.1007/s11482-012-9184-8>
- Alfageme, A., & Cabedo, S. (2006). Los programas universitarios para mayores. En S. Pinazo-Hernandis & M. Sánchez Martínez (Eds.), *Gerontología: Actualización, Innovación y Propuestas* (pp. 367-389). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Ageing & Mental Health*, 2(4), 264-274. <http://doi.org/10.1080/13607869856506>
- Ang, S., & Malhotra, R. (2016). Association of received social support with depressive symptoms among older males and females in Singapore: Is personal mastery an inconsistent mediator? *Social Science & Medicine*, 153, 165-173. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616300740>
- Antonucci, T. C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. En R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (2ª ed., pp. 99-128). New York: Van

Nostrand Reinhold.

- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, *54*(1), 82-92. <http://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social Networks in Adult Life and a Preliminary Examination of the Convoy Model. *Journal of Gerontology*, *42*(5), 519-527. <http://doi.org/10.1093/geronj/42.5.519>
- Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment & Human Development*, *6*(4), 353-70. <http://doi.org/10.1080/1461673042000303136>
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., Sherman, C. W., & Trinh, S. (2011). Stability and change in the intergenerational family: a convoy approach. *Ageing and Society*, *31*(7), 1084-1106. <http://doi.org/10.1017/S0144686X1000098X>
- Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y enfermería*, *8*(1), 49-55. Recuperado a partir de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100007&script=sci_arttext
- Argyle, M. (1992). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores. (2017). XV Encuentro Estatal de Programas Universitarios de Mayores. Recuperado 7 de mayo de 2017, a partir de <http://www.aepumayores.org/es/contenido/xv-encuentro-estatal-de-programas-universitarios-de-mayores>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, *12*(2), 314-319. Recuperado a partir de <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7597>
- Ayala García, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M. J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, *26*(4), 317-324. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>

- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. En K. W. S. V. Bergston (Ed.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 209-226). New York: Springer Publishing.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Mayer, K. U., Helmchen, H., & Steinhagen-Thiessen, E. (1993). The Berlin Aging Study (BASE): Overview and Design. *Ageing and Society*, 13(4), 483-515.
<http://doi.org/10.1017/S0144686X00001343>
- Barrón López de Roda, A. (1990). Perspectivas de estudio en el apoyo social. *JANO*, 38(898), 74-85.
- Barrón López de Roda, A., & Chacón Fuertes, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
<http://doi.org/10.1080/02134748.1992.10821654>
- Beard, J. R., Officer, A. M., & Cassels, A. K. (2016). The World Report on Ageing and Health. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S163-S166.
<http://doi.org/10.1093/geront/gnw037>
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Atencion primaria*, 18(4), 153-6, 158-63. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8962994>
- Berkman, L. F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245-254.
<http://doi.org/0033-3174/95/5703-0245103.00/0>
- Borges, A., Prieto, P., Ricchetti, G., Hernández-Jorge, C., & Rodríguez-Naveiras, E. (2008). Cross validity of the UCLA Loneliness Scale factorization. *Psicothema*, 20(4), 924-7. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18940104>
- Boshier, R. (1971). Motivational Orientations of Adult Education Participants: a Factor Analytic Exploration of Houle's Typology. *Adult Education Quarterly*, 21(2), 3-26.
<http://doi.org/10.1177/074171367102100201>
- Boshier, R. (1991). Psychometric Properties of the Alternative Form of

- the Education Participation Scale. *Adult Education Quarterly*, 41(3), 150-167. <http://doi.org/10.1177/0001848191041003002>
- Bousquet, J., Kuh, D., Bewick, M., Strandberg, T., Farrell, J., Pengelly, R., ... Zins, M. (2015). Operative definition of active and healthy ageing (AHA): Meeting report. Montpellier October 20–21, 2014. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 196-200. <http://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.12.006>
- Bowlby, J. (1972). *Attachment: Attachment and loss. vol: 1* (1ª edición). Victoria: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=239483>
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st Century: What Is Successful Aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64(3), 263-297. <http://doi.org/10.2190/L0K1-87W4-9R01-7127>
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35(6), 607-614. <http://doi.org/10.1093/ageing/afl100>
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35(6), 607-614. <http://doi.org/10.1093/ageing/afl100>
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Pub. Co. Recuperado a partir de <http://www.worldcat.org/title/structure-of-psychological-well-being/oclc/60599>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical Care*, 26(7), 709-723. <http://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Broughton, K., & Beggs, B. A. (2007). Leisure Satisfaction of Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 31(1), 1-18. http://doi.org/10.1300/J016v31n01_01
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Bru, C. (2002). Los modelos marco en programas universitarios para

- personas mayores. En *Universidad de Alicante, VI Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores*. Alicante.
- Bussolo, M., Koettl, J., & Sinnott, E. (2015). *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*. The World Bank. <http://doi.org/10.1596/978-1-4648-0353-6>
- Butler, J. P., Fujii, M., & Sasaki, H. (2011). Balanced aging, or successful aging? *Geriatrics & Gerontology International*, *11*(1), 1-2. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00661.x>
- Buz, J., & Pérez-Arechaederra, D. (2014). Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *International Psychogeriatrics*, *26*(9), 1553-1564. <http://doi.org/10.1017/S1041610214000507>
- Buz, J., Urchaga, D., & Polo, M. E. (2014). Estructura factorial de la escala de soledad de de Jong Gierveld en personas mayores españolas. *Anales de Psicología*, *30*(2), 588-596. <http://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148371>
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L., & Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. En R. L. M. Eid (Ed.), *The Science of Subjective Well-being* (pp. 195–219). New York: Guilford Press.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140-151. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/614444214?accountid=14777>
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: an overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, *4*, 434-463. <http://doi.org/0803973233>
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2016). Adapting to Aging: Older people talk about their use of Selection, Optimization, and Compensation to maximize Well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *72*(2), 351-361. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbw132>
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. En M. P. L. K. Warner Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 195-217). Springer: Springer Publishing Company.

- Carstensen, L. L. (1992a). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1992b). Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331-338. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En *Nebraska Symposium on Motivation, 1992: Developmental perspectives on motivation*. (pp. 209-254).
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123. <http://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking Time Seriously: A theory of Socioemotional Selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. <http://doi.org/10.1037//0003-066X.54.3.165>
- Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. E. (2003). Aging, Emotion, and Evolution: The Bigger Picture. En *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 1000, pp. 152-179). <http://doi.org/10.1196/annals.1280.008>
- Castellano Fuentes, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14(3), 365-377. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56032544004>
- Cheung, F. M. (1984). Preferences in help-seeking among Chinese students. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(4), 371-380. <http://doi.org/10.1007/BF00114663>
- Chou, K.-L., & Chi, I. (2000). Comparison between elderly Chinese living alone and those living with others. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(4), 51-66. http://doi.org/10.1300/J083v33n04_05
- Clarke, D. E., & Jensen, M. A. (1997). The effects of social support, life events, and demographic factors on depression among Maori and Europeans in New Zealand rural, town, and urban environments. *Journal of Community Psychology*, 25(4), 303-323. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199707\)25:4<303::AID-JCOP1>3.0.CO;2-V](http://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199707)25:4<303::AID-JCOP1>3.0.CO;2-V)

- Coan, R. W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint? A survey of views on what is variously called mental health, normality, maturity, self-actualization, and human fulfillment*. Oxford: Columbia U Press Hero. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1978-12381-000>
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160-1170. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/223742747?accountid=14777>
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education (6th Edition)*. London: Routledge. Recuperado a partir de <https://islmblogblog.files.wordpress.com/2016/05/rme-edu-helpline-blogspot-com.pdf>
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S. E. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 253-267). NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Recuperado a partir de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/buffer84.pdf>
- Coleman, P. G. (1992). Personal adjustment in late life: successful aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2(1), 67. <http://doi.org/10.1017/S0959259800003014>
- Comisión Europea. (1995). *Libro blanco sobre la educación y la formación. Enseñar y aprender. Hacia la sociedad del conocimiento*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado a partir de <http://es.youscribe.com/BookReader/Index/1206780?documentId=1185745>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 64 Suppl 1(Supplement 1), 38-46. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 1-9. <http://doi.org/10.1017/S1041610213002287>

- Cosco, T. D., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2015). Validation of an a priori, index model of successful aging in a population-based cohort study: the successful aging index. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 1971-1977. <http://doi.org/10.1017/S1041610215000708>
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality--The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620. <http://doi.org/10.1093/geront/42.5.613>
- Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validation of the Duke-UNK-11 functional social support questionnaire in caregivers. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 2(34), 89-101. Recuperado a partir de http://aidep.org/03_ridep/R34/ART_4.pdf
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Cutrona, C., Russell, D. W., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*, 1(1), 47-54. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.1.1.47>
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 468-481. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.468>
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.
- de Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. <http://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- de Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (1999). Manual of the loneliness scale 1999 (Updated from the printed version: 23-11-2011). Recuperado 13 de marzo de 2017, a partir de http://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html
- de Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging*, 28(5), 582-598. <http://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- de Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from

- 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7(2), 121-130. <http://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>
- Delors, J. (1996). *Learning: the treasure within: Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century*. Paris: UNESCO Publishing.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. <http://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz Morales, J., & Sánchez-López, M. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14(1), 100-105. Recuperado a partir de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7944>
- Diener. (1994). El bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention*, 3(8), 67-113. Recuperado a partir de <http://www.psychosocial-intervention.org/&numero=51994381&articulo=50051>
- Diener, E., & Diener, M. L. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527. <http://doi.org/10.1007/s11205-012-0076-y>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. <http://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>

- Diener, M. L., & Diener McGavran, M. B. (2008). What makes people happy?: A developmental approach to the literature on family relationships and well-being. En M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The Science of Subjective Well-being* (pp. 347-375). New York: Guilford Press. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2008-00541-017>
- Diener, Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, *14*(1), 127-134. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](http://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3)
- Domingues, M. A., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Torres, M. J., de Barros, T. C., & Cachioni, M. (2013). Social Support Network for the Elderly Attending the Open University Program for Senior Citizens at the School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, Brazil. *Educational Gerontology*, *39*(3), 209. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/1268431523?accountid=14777>
- Donio-Bellegarde Nunes, M. (2017). *La soledad de las mujeres mayores que viven solas (Tesis doctoral)*. Universidad de Valencia. Recuperado a partir de <http://mobiroderic.uv.es/handle/10550/58362>
- Dumitrache, C. G. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales*. Universidad de Granada. Recuperado a partir de <http://hera.ugr.es/tesisugr/24159268.pdf>
- Dussault, M., Fernet, C., Austin, S., & Leroux, M. (2009). Revisiting the factorial validity of the Revised UCLA Loneliness Scale: a test of competing models in a sample of teachers. *Psychological reports*, *105*(3 Pt 1), 849-56. <http://doi.org/10.2466/PR0.105.3.849-856>
- Ellwardt, L., Aartsen, M. J., Van Tilburg, T. G., & Aartsen, M. J. (2015). The mix matters: Complex personal networks relate to higher cognitive functioning in old age. *Social science & medicine*, *125*, 107-115. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.007>
- Emerson, S. D., Guhn, M., & Gadermann, A. M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. *Quality of Life Research*, 1-14. <http://doi.org/10.1007/s11136-017-1552-2>
- Erikson, R. (1998). Descripciones de la desigualdad el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En A. Sen & M. C. Nussbaum

- (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=582773>
- Eurofund. (2016). EQLS. Recuperado 8 de mayo de 2017, a partir de <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-quality-of-life-surveys>
- European Commission. (1996). *Building the European information society for us all. First reflections of the High Level Group of Experts. Interim report, January 1996*. Brussels. Recuperado a partir de <http://aei.pitt.edu/37619/>
- European Commission. (2001). Key Message 1: New basic skills for all. En D.-G. for E. and Culture, Eurydice, & Cedefop (Eds.), *National actions to implement Lifelong Learning in Europe* (pp. 15-44). Belgium. Recuperado a partir de <http://www.eurydice.org/>
- European Commission. (2013). European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Recuperado 25 de abril de 2017, a partir de https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en
- European Commission. (2015). *Quality of life. Facts and views. 2015 edition*. Publications Office. <http://doi.org/10.2785/59737>
- Expósito, F., & Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 297-316. <http://doi.org/10.1174/021347499760260000>
- Faber, A. D., & Wasserman, S. (2002). Social support and social networks: synthesis and review. En *Social Networks and Health* (Vol. 8, pp. 29-72). Emerald Group Publishing Limited. [http://doi.org/doi:10.1016/S1057-6290\(02\)80020-1](http://doi.org/doi:10.1016/S1057-6290(02)80020-1)
- Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, A.-R., Lopes, H., Petrovski, A. V, Rahnema, M., & Ward, F. C. (2002). *Aprender a ser. La educación del futuro*. Paris - Madrid: UNESCO - Alianza Editorial. Recuperado a partir de <http://www.infoinfancia.org/wp-content/uploads/2014/02/APRENDIZAJES-DE-LA-UNESCO.pdf>
- Federación de Pensionistas y Jubilados de CC. OO. (2014). *Informe 2014. Envejecimiento activo en las mujeres mayores*. Madrid. Recuperado a partir de <http://www.pensionistas.ccoo.es/cms/g/public/o/1/o71716.pdf>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2014). *A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective on Thriving Through Relationships. Personality and Social Psychology Review* (Vol. 19). SAGE Publications. <http://doi.org/10.1177/1088868314544222>

- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social Support and Quality of Life among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659. <http://doi.org/10.1111/1540-4560.00282>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Kornfeld, R., ... Patricia, S. (2008, mayo). Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons. *Journal of the American Geriatrics Society*. Blackwell Publishing Inc. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x>
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive ageing. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Gottingen, Germany: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Molina Martínez, M. Á., Díez Nicolás, J., Montero López, P., & Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R., Zimarrón, M. D., & Ruíz, M. Á. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 21(1), 25-43. <http://doi.org/10.1017/S0144686X01008078>
- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling BT - Structural Equation Modeling: A second course. En *Structural Equation Modeling: A second course* (pp. 269-314).
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), 322-330. <http://doi.org/10.1093/geronb/62.6.P322>
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2012). Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío. *HelpAge International*, 8. Recuperado a partir de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing Report Executive Summary SPANISH Final_0.pdf
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. <http://doi.org/10.1093/geront/gnu028>

- Frankl, V. E. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Fredrickson, B. L., & Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: how old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and aging, 5*(3), 335-47. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.5.3.335>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*(4), 531-543. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Fromm, E. (2013). *Ética y Psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-Related Patterns in Social Networks among European Americans and African Americans: Implications for Socioemotional Selectivity across the Life Span. *The International Journal of Aging and Human Development, 52*(3), 185-206. <http://doi.org/10.2190/1ABL-9BE5-M0X2-LR9V>
- Furst, E. J., & Steele, B. Lou. (1986). Motivational Orientations of Older Adults in University Courses as Described by Factor and Cluster Analyses. *The Journal of Experimental Education, 54*(4), 193-201. <http://doi.org/10.1080/00220973.1986.10806420>
- Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Temporal Satisfaction With Life Scale, TSLS): un estudio en mayores que acuden a programas universitarios. *European Journal of investigation in health, psychology and education, 5*(3), 335-344. <http://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.136>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *The Spanish Journal of Psychology, 18*, E67. <http://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Barrón López de Roda, A., & Arias-Astray, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología, 31*(3), 1018-1029. <http://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>
- García, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología, (6)*, 18-39. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=281674&info=resu>

men&idioma=ENG

- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27(1), 3-23. <http://doi.org/10.1007/s12126-001-1013-6>
- Gierveld, J., Dykstra, P. A., & Schenk, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27, 167-200. <http://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.7>
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103-115. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/614469736?accountid=14777>
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B(5), S258-S264. <http://doi.org/10.1093/geronb/59.5.S258>
- Guirao, M., & Sánchez, M. (1998). La oferta de la Gerontagogía. En *Actas del Primer encuentro nacional sobre Programas Universitarios para Mayores*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Harris, P. B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International journal of aging & human development*, 67(1), 43-61.
- Harris, P. B., & Keady, J. (2008). Wisdom, resilience and successful aging: Changing public discourses on living with dementia. *Dementia*, 7(1), 5-8. <http://doi.org/10.1177/1471301207085364>
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <http://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Havighurst, R. J. (1963). Activity Theory of Aging. En R. Williams, C. Tibbits, & W. Donahue (Eds.), *Process of aging* (pp. 299-320).
- Havighurst, R. J., Neugarten, B., & Tobin, S. . (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. En P. Hansen (Ed.), *Age with a futur* (pp. 419-425). Copenhagen: Munksgaard.
- Hawkey, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How Can I Connect With Thee?: Let Me Count the Ways. *Psychological Science*, 16(10), 798-804. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x>

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness. En *Encyclopedia of Human Relationships*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.
<http://doi.org/10.4135/9781412958479.n318>
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology*, 63B(6), 375. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/210125634?accountid=14777>
- HelpAge International. (2014). Global AgeWatch Index 2015. Recuperado 25 de abril de 2017, a partir de <http://www.helpage.org/global-agewatch/about/>
- Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30(5). Recuperado a partir de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=16229>
- Hidalgo Sánchez, J., Martínez Ruiz, F., Morales Lorente, T., Moya Equiza, C., & Rodríguez Ciria, M. (2016). *Població major de 64 anys a la ciutat de València*. Valencia. Recuperado a partir de http://www.valencia.es/ayuntamiento/webs/estadistica/Padron/2016/Majors64_2016.pdf
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people--a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(3), 261-274. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/619780629?accountid=14777>
- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, Society, and the «New Gerontology». *The Gerontologist*, 43(6), 787-796.
<http://doi.org/10.1093/geront/43.6.787>
- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A., & Gómez-Jacinto, L. (2013). The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. *Social Indicators Research*, 114(3), 1013-1034. <http://doi.org/10.1007/s11205-012-0187-5>
- Hong, M., Casado, B. L., & Harrington, D. (2011). Validation of Korean Versions of the Lubben Social Network Scales in Korean Americans. *Clinical Gerontologist*, 34(4), 319-334.
<http://doi.org/10.1080/07317115.2011.572534>
- Houle, C. O. (1961). *The inquiring mind*. Madison: University of Wisconsin Press. Recuperado a partir de

https://www.worldcat.org/title/inquiring-mind/oclc/938708066&referer=brief_results

- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company. Recuperado a partir de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015071886035;view=1up;seq=5>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*(4865), 540-545.
- Hsu, H.-C. (2007). Exploring elderly people's perspectives on successful ageing in Taiwan. *Ageing and Society*, *27*(1), 87-102. <http://doi.org/10.1017/S0144686X06005137>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, *26*(6), 655-672. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/620533894?accountid=14777>
- Huxhold, O., Fiori, K. L., & Windsor, T. D. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, *28*(1), 3-16. <http://doi.org/10.1037/a0030170>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado a partir de http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=9
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2009). *Informe 2008. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado a partir de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008v1.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Envejecimiento activo. Libro Blanco*. Madrid. <http://doi.org/M.42249> - 2011
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2016). Informe Anual del Imsero 2015. Recuperado 5 de mayo de 2017, a partir de http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe2015/index.htm
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta de Condiciones de Vida. Módulo de Bienestar*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016a). *Encuesta Continua de*

Hogares 2015. Madrid. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística. (2016b). *Proyecciones de Población 2016–2066*. Madrid. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- Izal, M., Losada, A., Márquez, M., & Montorio, I. (2003). Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 38(4), 203-211. Recuperado a partir de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/en/ibc-26952>
- Jeste, D. V, Depp, C. A., & Vahia, I. V. (2010). Successful Cognitive and Emotional Aging. *World Psychiatry*, 9(2), 78-84. <http://doi.org/10.1097/01.nmd.0000369417.73882.da>
- Jiménez Palmero, A., Palmero Cámara, C., & Jiménez Eguizábal, A. (2012). El impacto de la educación secundaria y superior en la creación de empresas en la Unión Europea. *Revista Española de Pedagogía*, 70(252), 201-219. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/23766768>
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). New York, NY, US: Springer Publishing Co. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-98340-002>
- Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New directions in age-old search. En J. R. Settersten (Ed.), *Invitation to the Life Course: A New Look at Old Age* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood Publishing Company.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. . Baltes & O. Brim (Eds.), *Life-Span Development and Behavior* (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Kaplan, M. S., Huguet, N., Orpana, H., Feeny, D., McFarland, B. H., & Ross, N. (2008). Prevalence and Factors Associated With Thriving in Older Adulthood: A 10-Year Population-Based Study. *The Journals*

of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 63(10), 1097-1104. <http://doi.org/10.1093/gerona/63.10.1097>

- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458-67. <http://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. L. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. L. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. Journal of Happiness Studies*, 6(3), 261-300. <http://doi.org/10.1007/s10902-005-7226-8>
- Ko, K. J., Berg, C. A., Butner, J., Uchino, B. N., & Smith, T. W. (2007). Profiles of Successful Aging in Middle-Aged and Older Adult Married Couples. *Psychology and aging*, 22(4), 705. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/57246282?accountid=14777>
- Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3037-3046. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/1230614938?accountid=14777>
- Krause, N. (1990). Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults. *Journal of Gerontology*, 45(5), S193-S205.
- Lakey, B., Cooper, C., Cronin, A., & Whitaker, T. (2014). Symbolic providers help people regulate affect relationally: Implications for perceived support. *Personal Relationships*, 21(3), 404-419. <http://doi.org/10.1111/pere.12038>
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495. <http://doi.org/10.1037/a0023477>
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454-66.

<http://doi.org/10.1080/13607860600640962>

- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging, 9*(2), 315-324. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.315>
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging, 17*(1), 125-139. <http://doi.org/10.1037//0882-7974.17.1.125>
- Lardiés-Bosque, R. (2011). Las características sociodemográficas de los mayores en la Comunidad de Madrid. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 45-82). Bilbao: Fundación BBVA.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist, 23*(4), 349-357. <http://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- Leder, D. (1999). Aging into the spirit: From traditional wisdom to innovative programs and communities - ProQuest. *Generations, 23*(4), 36-41. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/212217237/abstract/2DD3693E24A41C6PQ/1?accountid=14777>
- Lee, P.-L., Lan, W., & Yen, T.-W. (2011). Aging successfully: a four-factor model. *Educational Gerontology, 37*(3), 210-227. <http://doi.org/10.1080/03601277.2010.487759>
- Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=39787>
- Levitt, M. J. (2000). Social Relations Across the Life Span: In Search of Unified Models. *The International Journal of Aging and Human Development, 51*(1), 71-84. <http://doi.org/10.2190/7937-RMBA-QA83-0CAX>
- Lewis, J. P. (2011). Successful Aging Through the eyes of Alaska Native Elders. What It Means to Be an Elder in Bristol Bay, AK. *The Gerontologist, 51*(4), 540-549. <http://doi.org/10.1093/geront/gnr006>
- Liang, J., & Luo, B. (2012). Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies, 26*(3), 327-334. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.001>

- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *The Gerontologist*, 51(3), 379-388. <http://doi.org/10.1093/geront/gnq094>
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758. <http://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Lo, S. K., & Yeh, S.-C. J. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32(2), 129-138. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/57168720?accountid=14777>
- López-Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas : la autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.
- López Doblas, J. (2005). Siglo XXI, siglo de poblaciones que envejecen. En S. Pinazo-Hernandis & M. Sánchez (Eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 37-67). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Lorenzo, J. A. (2003). El marco educativo de la formación universitaria de las personas mayores: La necesidad de una política educativa. *VII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores: Políticas sociales, educativas y financiación de la formación universitaria de personas mayores y su proyección social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Lorenzo Carrascosa, L., & Sancho Castiello, M. teresa. (2012). Formas de convivencia, relaciones personales y las experiencia de envejecer. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.), *Informe 2010. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado a partir de http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=36
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 277-292. <http://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>
- Lou, V. W. Q. (2010). Life satisfaction of older adults in Hong Kong: The role of social support from grandchildren. *Social Indicators Research*, 95(3), 377-391. <http://doi.org/10.1007/s11205-009-9526-6>
- Lunaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12),

- 1213-1221. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/621669549?accountid=14777>
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*. <http://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>
- Lubben, J., & Gironde, M. (2003). Measuring Social Networks and Assessing their Benefits. En C. Phillipson, G. Allan, & D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: sociological and policy perspectives* (pp. 20-49). Hants, England: Ashgate.
- Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Fonseca-Pedrero, E., & Ortuño-Sierra, J. (2015). Programas Educativos Universitarios Para Mayores: Evaluacion de su Impacto en la Autopercepcion del Apoyo Social y la Salud Mental. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 47.
- Lucas, R. E., & Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1039-1056. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.79.6.1039>
- Machón, M., Larrañaga, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Vergara, I. (2017). Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC Geriatrics*, 17(1), 19. <http://doi.org/10.1186/s12877-016-0410-3>
- Marsillas, S. (2016). *Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego (Tesis doctoral)*. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10347/14997>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *Gerontologist*, 55(1), 14-25. <http://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martínez García, M. F., & García Ramírez, M. (1995). Psychosocial perspective in conceptualizing social support. *Revista de Psicología Social*, 10(1), 61-74. <http://doi.org/10.1174/021347495763835265>
- Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful Aging and Its Discontents: A Systematic Review of the Social Gerontology Literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69. <http://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- McKibbin, C., Lee, A., Steinman, B. A., Carrico, C., Bourassa, K., & Slosser, A. (2016). Health Status and Social Networks as Predictors of Resilience in Older Adults Residing in Rural and Remote

- Environments. *Journal of Aging Research*, 2016, 1-8.
<http://doi.org/10.1155/2016/4305894>
- McLaughlin, S. J., Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, L. W., & Roberts, J. S. (2010). Successful Aging in the United States: Prevalence Estimates From a National Sample of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(2), 216-226. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbp101>
- McLaughlin, S. J., Jette, A. M., & Connell, C. M. (2012). An Examination of Healthy Aging Across a Conceptual Continuum: Prevalence Estimates, Demographic Patterns, and Validity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 67(7), 783-789. <http://doi.org/10.1093/gerona/glr234>
- McNeil, J. K., Stones, M. J., & Kozma, A. (1986). Longitudinal variation in domain indicators of happiness. *Social Indicators Research*, 18(1), 119-124. <http://doi.org/10.1007/BF00302535>
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2008). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 291-295.
<http://doi.org/10.1016/j.archger.2008.02.008>
- Minkler, M. (1985). Social Support and Health of the Elderly. En S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (p. 390). San Diego: Academic Press.
- Minkler, M. (1990). Aging and disability: Behind and beyond the stereotypes. *Journal of Aging Studies*, 4(3), 245-260.
[http://doi.org/10.1016/0890-4065\(90\)90025-4](http://doi.org/10.1016/0890-4065(90)90025-4)
- Mishra, S. (1992). Leisure Activities and Life Satisfaction in Old Age. *Activities, Adaptation & Aging*, 16(4), 7-26.
http://doi.org/10.1300/J016v16n04_02
- Molina Sena, C. J., & Melendez Moral, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la Republica Dominicana. *Psicogerontología*, 22(3), 97-105.
- Montoro Rodríguez, J., Pinazo Hernandis, S., & Tortosa Chuliá, M. Á. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(3), 158-166.
[http://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73542-4](http://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73542-4)
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., ... Jeste, D. V. (2006). Correlates of Self-Rated Successful Aging

- Among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 43-51.
<http://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192489.43179.31>
- Moody, H. (2005). From successful aging to conscious aging. En & M. D. Wykle, M., Whitehouse P. (Ed.), *Successful Aging through the Life Span: Intergenerational issues in Health* (pp. 55-68). New York: Springer.
- Muñoz-Pérez, M. A., & Zapater-Torras, F. (2006). Impact of caring for grandchildren on the perceived health and social support of the grandmothers. *Atencion primaria*, 37(7), 374-8.
<http://doi.org/10.1157/13087374>
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432. <http://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>
- Neugarten, B. L. (1972). Personality and the Aging Process. *The Gerontologist*, 12(1), 9-15.
http://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9
- Ng, T. P., Broekman, B. F. P., Niti, M., Gwee, X., & Kua, E. H. (2009). Determinants of Successful Aging Using a Multidimensional Definition Among Chinese Elderly in Singapore. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 407-416.
<http://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819a808e>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014a). Loneliness among men and women – a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2), 194-206. <http://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014b). Who are Lonely? Loneliness in Different Age Groups (18–81 Years Old), Using Two Measures of Loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229-257. <http://doi.org/10.2190/AG.78.3.b>
- Nilsson, I., Bernspång, B., Fisher, A. G., Gustafson, Y., & Löfgren, B. (2007). Occupational Engagement and Life Satisfaction in the Oldest-Old: The Umeå 85+ Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(4), 131-139.
<http://doi.org/10.1177/153944920702700403>
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188. Recuperado a partir de <http://works.bepress.com/nurullah/3/>

- OECD. (2009). *Policies for Healthy Ageing: an overview* (Health Working Papers No. 42). Paris. Recuperado a partir de <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP%282009%291&docLanguage=En>
- Parlamento Europeo. (2017). Think Tank. Parlamento Europeo. Recuperado 8 de mayo de 2017, a partir de <http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/home.html>
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340-354. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11
- Penning, M. J., Liu, G., & Chou, P. H. B. (2014). Measuring Loneliness Among Middle-Aged and Older Adults: The UCLA and de Jong Gierveld Loneliness Scales. *Social Indicators Research*, 118(3), 1147-1166. <http://doi.org/10.1007/s11205-013-0461-1>
- Pérez Díaz, J.; Abellán, A. y Ramiro, D. (2012). Contexto demográfico, socioeconómico y de salud. En D. Ramiro (Ed.), *Una vejez activa en España. Informe del grupo de población del CSIC* (pp. 15-34). Madrid: Editores Médicos, S.A.
- Perez Diaz, J. (2016). El temor al envejecimiento demográfico. En S. Ezquerro, M. Pérez, M. Pla, & J. Subirats (Eds.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. (pp. 44-54). Barcelona: Editorial Ariel.
- Pérez Díaz, J. (2005). Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*, (104), 210-226.
- Pérez Ortiz, L. (2003). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En M. Sancho Castiello (Ed.), *Las personas mayores en España. Informe 2002* (pp. 269-329). Madrid: IMSERSO. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-informe-personas-mayores-vol1-2002.pdf>
- Peters, G. R., Hoyt, D. R., Babchuk, N., Kaiser, M., & Iijima, Y. (1987). Primary-Group Support Systems of the Aged. *Research on Aging*, 9(3), 392-416. <http://doi.org/10.1177/0164027587093004>
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004, febrero). Older Adults' Views of «Successful Aging» - How Do They Compare with Researchers' Definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*. Blackwell Science Inc. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52056.x>
- Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). «Successful Aging»—Where Next?

- Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.
<http://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50324.x>
- Pinazo Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo & M. Sánchez (Eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas* (pp. 219-256). Madrid: Pearson.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 31-53. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/57162989?accountid=14777>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/57747068?accountid=14777>
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2013). Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3449-3460.
<http://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200002>
- Poon, L. ., Gueldner, S. H., & Sprouse, B. (2003). *Successful Aging and adaptations with chronic diseases*. New York: Springer Publishing Company.
- Pressey, S. L., & Simcoe, E. (1950). Case Study Comparisons of Successful and Problem Old People. *Journal of Gerontology*, 5(2), 168-175. <http://doi.org/10.1093/geronj/5.2.168>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(6), 671-679. Recuperado a partir de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/65B/6/671.abstract>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M., & Cartwright, F. (2010). Successful Aging: early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6), 821-33.
<http://doi.org/10.1093/geront/gnq041>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
<http://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Raykov, T. (2001). Bias of coefficient alpha for fixed congeneric measures

with correlated errors. *Applied Psychological Measurement*, 25(1), 69-76. <http://doi.org/10.1177/01466216010251005>

Realo, A., & Dobewall, H. (2011). Does life satisfaction change with age? A comparison of Estonia, Finland, Latvia, and Sweden. *Journal of Research in Personality*, 45(3), 297-308. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.03.004>

Reichard, S., Livson, F., & Petersen, P. (1962). *Ageing and Personality; A Study of 87 Older Men*. New York: John Wiley and Sons.

Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 5-15. [http://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75068-X](http://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75068-X)

Rodríguez, G., Rodríguez, P., Castejón, P., & Morán, E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, Solidaridad y Participación social. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Castejón Villarejo, P., & Morán Aláez, E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, Solidaridad y Participación social. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Recuperado a partir de <http://www.fundacionpilares.org/laspersonasmayoresquevienen.php>

Rodríguez Rodríguez, V. (2014). Índices sintéticos de envejecimiento: (I) Global AgeWatch Index. Recuperado 7 de mayo de 2017, a partir de <http://digital.csic.es/handle/10261/107525>

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005

Rogero-García, J., Prieto-Flores, M. E., & Rosenberg, M. W. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter? *Ageing and Society*, 28(7), 959-978. <http://doi.org/10.1017/S0144686X08007381>

Rogero García, J. (2010a). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Rogero García, J. (2010b). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Roh, S., Lee, Y.-S., Lee, K. H., Shibusawa, T., & Yoo, G. J. (2015). Friends, Depressive Symptoms, and Life Satisfaction Among Older Korean Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1091-1097. <http://doi.org/10.1007/s10903-014-0021-z>
- Routasalo, P., & Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(4), 303-311. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/620516745?accountid=14777>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Source: Science, New Series*, 237(4811), 143-149. <http://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <http://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging: The MacArthur Foundation Study*. New York: Pantheon.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Rozanova, J., Northcott, H. C., & McDaniel, S. A. (2006). Seniors and Portrayals of Intra-generational and Inter-generational Inequality in the Globe and Mail. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 25(4), 373. <http://doi.org/10.1353/cja.2007.0024>
- Rubio Herrera, R. (2004). *La soledad en las personas mayores espa-olas. Portal Mayores*. Recuperado a partir de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Russell, D. W., & Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6(2), 190-201. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.6.2.190>
- Russell, D. W., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale : Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Russell, D. W., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a

- measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290-4. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Psychological Well-Being Scale. American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/t04262-000>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28. http://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). From Social Sstructure to Biology. Interactiva Science in pursuit of Human Health and Well-being. En *Handbook of Positive Psychology* (pp. 541-555). Oxford: Oxford University Press. Recuperado a partir de <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/83.pdf>
- Samek Lodovici, M., Patrizio, M., Pesce, F., & Roletto, E. (2015). *Elderly Women Living Alone: An Update of Their Living Conditions*. Recuperado a partir de [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=IPOL_STU\(2015\)519219](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=IPOL_STU(2015)519219)
- Sánchez Martínez, M. (1998). Los Programas Universitarios para Mayores en España. Reflexiones para el futuro. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (10), 99-112. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=193420>
- Sanders, J. L., Minster, R. L., Barmada, M. M., Matteini, A. M., Boudreau, R. M., Christensen, K., ... Newman, A. B. (2013). Heritability of and Mortality Prediction with a Longevity Phenotype: The Healthy Aging Index. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(4), 479-485. <http://doi.org/10.1093/gerona/glt117>
- Satorres Pons, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Universidad de Valencia. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/26298>
- Scala, M. A. (1996). Going back to school: participation motives and

- experiences of older adults in an undergraduate classroom. *Educational Gerontology*, 22(8), 747-773.
<http://doi.org/10.1080/0360127960220804>
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(2), 135-44.
<http://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.549>
- Shaver, P. R., & Brennan, K. A. (1991). Measures of Depression and Loneliness. En y L. S. W. J. P. Robinson, P. R. Shaver (Ed.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 195-289). San Diego, CA, US: Academic Press.
<http://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50010-1>
- Shirai, K., Iso, H., Fukuda, H., Toyoda, Y., Takatorige, T., & Tatara, K. (2006). Factors associated with «Ikigai» among members of a public temporary employment agency for seniors (Silver Human Resources Centre) in Japan; gender differences. *Health and quality of life outcomes*, 4, 12. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-4-12>
- Sims, T., Hogan, C. L., & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84.
<http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.012>
- Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing and Society*, 34(3), 495-517.
<http://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. *Ageing and Society*, 18, 441-467. Recuperado a partir de [http://www.rug.nl/research/portal/publications/towards-understanding-successful-ageing\(d29ec22c-4f17-4336-ab3d-308544e84464\).html](http://www.rug.nl/research/portal/publications/towards-understanding-successful-ageing(d29ec22c-4f17-4336-ab3d-308544e84464).html)
- Stone, S. D. (2003). Disability, Dependence, and Old Age: Problematic Constructions. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 22(1), 59-67.
<http://doi.org/10.1017/S0714980800003731>
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful

aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
<http://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267-275. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/621981988?accountid=14777>

Tajvar, M., Fletcher, A., & Grundy, E. (2016). Exploring Associations between Social Support and Mental Health in Older People: A systematic Narrative Review. *Ageing in Developing Countries*. Recuperado a partir de <https://www.inia.org.mt/wp-content/uploads/2017/01/Full-Journal-Vol.1-Issue-2-2016.pdf#page=94>

Tam, M. (2013). Perceptions of successful ageing and implications for late-life learning. *Studies in Continuing Education*, 35(3), 281-298.
<http://doi.org/10.1080/0158037X.2012.746228>

Terol, M., Lopez, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, Á., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1 985), 23-45.

The Trustees of Boston College. (2017). Description of the LSNS. Recuperado 25 de julio de 2016, a partir de http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben/description_of_thelsns.html

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of health and social behavior*, 23(2), 145-159.
<http://doi.org/10.2307/2136511>

Tiikkainen, P., & Heikkinen, R.-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Ageing & Mental Health*, 9(6), 526-534. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/620943213?accountid=14777>

Tobío, C. (2010). Demographic Change, Intergenerational Solidarity, and Social Policy. *Journal of Intergenerational Relationships*, 8(4), 431-433. <http://doi.org/10.1080/15350770.2010.521098>

Tomás, J. M., Galiana, L., Oliver, A., Sancho, P., & Pinazo, S. (2016). Validating the Temporal Satisfaction with Life Scale in Spanish elderly: a bifactor model application. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(3), 555-567. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/openview/13d6374289d31a6278a52dace95c37f8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>

- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M., & Hontangas, P. M. (2017). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: competitive structural models and item response theory. *European Journal of Ageing*, 1-9.
<http://doi.org/10.1007/s10433-017-0417-4>
- Tomás, J. M., Sancho Requena, P., Gutierrez, M., & Galiana, L. (2014). Predicting Life Satisfaction in the Oldest-Old: A Moderator Effects Study. *Social Indicators Research*, 117(2), 601-613. Recuperado a partir de
<http://search.proquest.com/docview/1680154455?accountid=14777>
- Touza, C., Orte, C., & Ballester, L. (2004). La construcción de un sistema de evaluación de las universidades de mayores: Objetivos e hipótesis básicas del modelo de evaluación. En C. Orte & M. Gambús (Eds.), *Los Programas Universitarios para Mayores en la construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior* (pp. 317-321). Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- UNECE. (2012). Active Ageing Index Home. Recuperado 25 de abril de 2017, a partir de
<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
- Universitat de València. (2013). Presentación «Universitat dels Majors» en Quart de Poblet. Recuperado 18 de abril de 2017, a partir de
<http://www.uv.es/uvweb/universitat/es/universitat-valencia/presentacio-universitat-majors-quart-poblet-1285845048380/Esdeveniment.html?id=1285875758633>
- University of Western Ontario. (2010). BioPsychoSocial assessment tools for the elderly—Assessment summary sheet: Lubben Social Network Scale—Revised (LSNS-R). Recuperado 19 de abril de 2017, a partir de <http://instruct.uwo.ca/health-sciences/9641/Assessments/Social/LSNS-R.html>
- Vallès, J., Guilera, M., Briones, Z., Gomar, C., Canet, J., & Alonso, J. (2010). Validity of the Spanish 8-item Short-form Generic Health-related Quality-of-Life Questionnaire in Surgical Patients. *Anesthesiology*, 112(5), 1164-1174.
<http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181d3e017>
- Van Tilburg, T. G., Havens, B., & de Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among Older Adults in the Netherlands, Italy, and Canada: A Multifaceted Comparison. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 169-180.
<http://doi.org/10.1353/cja.2004.0026>
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Springer

- Netherlands. <http://doi.org/10.1007/978-94-009-6432-7>
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(3), 87-116.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen - Medicina de Familia*, 42(3), 177-183. <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Velázquez Clavijo, M., & Fernández Portero, C. (1998). *Las Universidades de Mayores, una aventura hecha realidad: estimulación y desarrollo en el último tramo del ciclo vital*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones. Recuperado a partir de https://www.worldcat.org/title/universidades-de-mayores-una-aventura-hecha-realidad-estimulacion-y-desarrollo-en-el-ultimo-tramo-del-ciclo-vital/oclc/782605597&referer=brief_results
- Vergara Mitxeltoarena, I., & Itziar, V. M. (2013). Las redes sociales como factor determinante en los hábitos de vida relacionados con la salud de las personas mayores. Protocolo de un estudio observacional. *Comunidad*, 15(1):4-9(1), 4-9.
- Victor, C. R., Grenade, L., & Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: A comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15(1), 63-70. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/621309335?accountid=14777>
- Victor, C. R., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. <http://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Shah, S., Cook, D. G., Harris, T., Rink, E., & Wilde, S. De. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Ageing and Society*, 22(5), 585-597. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/57862333?accountid=14777>
- Vilaplana Prieto, C. (2010). Relación entre los programas universitarios para mayores, la satisfacción durante la jubilación y la calidad de vida. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 195-216.
- Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo & M. Sanchez Martínez (Eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 147-184). Madrid: Pearson Educación.
- Villar, F. (2010). *Evaluación de programas universitarios para mayores:*

Motivaciones, dificultades y contribuciones a la calidad de vida demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. ESTUDIOS DE I+D+I. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-50.pdf>

Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(7), 1087-1105. <http://doi.org/10.1017/S0144686X11000973>

Villar, F. (2013). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Informació Psicològica*, (104), 39-56.

Villar, F., & Celdrán, M. (2012). Generativity in Older Age: A Challenge for Universities of the Third Age (U3A). *Educational Gerontology*, 38(10), 666-677. <http://doi.org/10.1080/03601277.2011.595347>

Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M., & Solé, C. (2010). Measuring Well-Being among Spanish Older Adults: Development of a Simplified Version of Ryff's Scales of Psychological Well-Being. *Psychological Reports*, 107(1), 265-280. <http://doi.org/10.2466/02.07.08.10.21.PR0.107.4.265-280>

Villar, F., Triadó, C., Solé Resano, C., & Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Rev Mult Gerontol*, 13(3), 152-162. Recuperado a partir de http://www.ub.edu/dpssed/fvillar/principal/pdf/2003_revista_multidisciplinar_adaptacion.pdf

Vincenzi, H., & Grabosky, F. (1987). Measuring the emotional/social aspects of loneliness and isolation. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2(2), 257-270. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-25276-001>

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual For Users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI ;Boston MA: QualityMetric, Inc.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. *Boston New England Medical Centre*, 1 v. (various pagings). Recuperado a partir de http://books.google.com/books/about/SF_36_health_survey.html?id=WJsgAAAAMAAJ

Weiss, R. S. (1980). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. S. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33(1), 137-158. <http://doi.org/10.1017/S0144686X11001073>

World Health Organization. (1984). *Health education in self-care: Possibilities and limitations. Report of a scientific consultation*. Geneva, Switzerland. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

World Health Organization. (2015a). What is «active ageing»? Recuperado 4 de febrero de 2017, a partir de http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/#

World Health Organization. (2015b). *World Report on Ageing and Health*. WHO. World Health Organization. Recuperado a partir de <http://www.who.int/life-course/publications/2015-ageing-report/en/#>

Xu, J. (2010). Logotherapy: A Balm of Gilead for Aging? *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 22(3), 180-195. <http://doi.org/10.1080/15528031003609498>

Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.

Yárnóz Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International journal of psychology and psychological therapy*., 8(1), 103-116. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56080109>

Yenerall, J. D. (2003). Educating an Aging Society: the University of the Third Age in Finland. *Educational Gerontology*, 29(8), 703-716. <http://doi.org/10.1080/03601270390225785>

Yuni Borthelle, J. A. (1999). *Optimización del desarrollo personal mediante la intervención educativa en la adultez y la vejez (Tesis Doctoral)*. Universidad de Granada. Recuperado a partir de <http://www.red-redial.net/referencia-bibliografica-31837.html>

Zawisza, K., Galas, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Chatterji, S., Haro, J. M., Miret, M., ... Leonardi, M. (2014). The Validity of the Instrument to Evaluate Social Network in the Ageing Population: The Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index.

Clinical Psychology & Psychotherapy, 21(3), 227-241.
<http://doi.org/10.1002/cpp.1860>

Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., ... Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245-252. <http://doi.org/10.1002/gps.3998>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
http://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ANEXO

CUESTIONARIO “BIENESTAR EN PERSONAS ADULTAS”

(en copia digital)
